

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Thayenne Barrozo Mota Monteiro

**Significado atribuído pela equipe de enfermagem sobre espiritualidade no
processo de morte do paciente oncológico**

Juiz de Fora
2020

Thayenne Barrozo Mota Monteiro

Significado atribuído pela equipe de enfermagem sobre espiritualidade no processo de morte do paciente oncológico

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maira Buss Thofehr

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Barrozo Mota Monteiro, Thayenne .

Significado atribuído pela equipe de enfermagem sobre espiritualidade no processo de morte do paciente oncológico / Thayenne Barrozo Mota Monteiro. -- 2020.

140 p.

Orientadora: Maira Buss Thofehr

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2020.

1. Enfermagem. 2. Espiritualidade. 3. Oncologia. 4. Processo de morte. I. Buss Thofehr, Maira , orient. II. Título.

Thayenne Barrozo Mota Monteiro

Significado atribuído pela equipe de enfermagem sobre espiritualidade no processo de morte do paciente oncológico

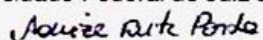
Trabalho apresentado ao Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 16 de março de 2020.

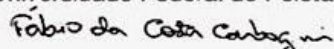
BANCA EXAMINADORA



Dr^a Maira Buss Thofehm - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

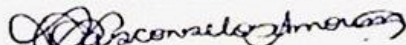


Dr^a Adrize Rutz Porto
Universidade Federal de Pelotas



Dr Fabio da Costa Carbogim
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr^a Isabel Cristina de Oliveira Arrieira
Universidade Católica de Pelotas



Dr^a Thais Vasconcelos Amorim
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai Robens Antônio Monteiro, minha mãe Adriana Barrozo Mota Monteiro, meu irmão Felipe Barrozo Mota Monteiro, meu namorado Fábio Vieira Martins e a minha eterna e amada avó materna Ana Lucia Barrozo da Mota.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me permitido realizar este sonho. Agradeço por tudo que fizestes ao longo de minha vida, e não somente nesses anos como mestranda, mas em todos por ser o maior mestre que alguém pode ter.

Agradeço infinitamente aos meus pais e irmão que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. Que foram capazes ainda, de suportar todos os meus momentos de estresse durante o percurso do mestrado. Com muita gratidão no coração e por fazerem parte da minha vida. Gratidão infinita a todos vocês.

Ao meu namorado por ter caminhado ao meu lado, pela sua paciência, compreensão e ajuda prestada durante a elaboração da presente dissertação, especialmente pelos incentivos mesmo quando sacrificava os dias, as noites, os fins de semana e os feriados em prol da realização deste estudo.

E em especial, a minha avó materna (*in Memoriam*), que se faz presente em meus pensamentos e em meu coração em todos os dias de minha vida. Sei que de onde estiver, olha por mim e se orgulha perante as minhas conquistas.

Aos meus filhos de quatro patas e eternos companheiros, Marley e Kyra que sempre estão dispostos a oferecer muito amor e carinho.

A minha orientadora Maira Buss Thofehr por proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicou a mim e não somente por ter me ensinado, mas por ter me feito aprender. Por ter permitido que um sonho se tornasse realidade.

A orientadora da graduação Angélica da Conceição Oliveira Coelho por ter me proporcionado a primeira experiência com o campo científico, acreditando no meu potencial e oportunizando novas descobertas profissionais. Eterna gratidão.

A esta universidade (UFJF), seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela em que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Em especial, as minhas amigas Paula Esquerdo, Bianca Souza, Francine Banni, Adriana Carcereri e Fernanda Pimentel que sempre me incentivaram na caminhada e pelo estímulo sentido após cada conversa que me fazia “recarregar as energias” e continuar.

Aos meus amigos de mestrado que compartilharam comigo momentos de alegria, aflição e superação. Que tiveram como maior sentimento compartilhado, a resiliência para permanecermos firmes até o final desta jornada.

Aos meus eternos amigos do CMEC de Além Paraíba que me impulsionaram a persistir nos meus sonhos, compreendendo o meu desligamento da instituição para me dedicar ao percurso do mestrado. Não me abandonando mesmo que distante.

A coordenadora Denise Oliveira que me possibilitou a concluir todas as etapas do processo seletivo além do companheirismo e apoio.

Aos profissionais que aceitaram a participar das etapas da pesquisa tornando possível alcançar o objetivo do estudo.

E aos professores que compuseram a banca examinadora pelos ricos conhecimentos compartilhados e preciosas contribuições para que o trabalho se tornasse ainda mais especial.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

“Através dos outros, nos tornamos nós mesmos.” (VYGOTSKY, 1999, p. 56).

RESUMO

Quando se trata de pacientes oncológicos em processo de morte, o cuidado em saúde envolve além do controle de sinais e sintomas, a valorização de questões psicossociais e espirituais. Nessa perspectiva, a assistência compreende o transcendental, ou seja, a dimensão da espiritualidade. Nesse contexto, destaca-se o cuidado de enfermagem que age tanto na subjetividade, no físico, quanto na espiritualidade por estar comprometido com a multidimensionalidade da pessoa sob os seus cuidados. Baseado na Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky, a partir de ferramentas mediadoras, tornou-se possível a construção do sentido e conseqüentemente, do significado de espiritualidade para a equipe de enfermagem diante do paciente oncológico em processo de morte. O objetivo foi construir o significado de espiritualidade para a equipe de enfermagem frente ao processo de morte dos pacientes oncológicos. Estudo fundamentado na Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky, utilizando a abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. A pesquisa ocorreu na instituição que presta serviços em oncologia, localizada em um município da Zona da Mata Mineira, referência na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, que teve como público alvo, a equipe de enfermagem que assiste ao paciente oncológico em processo de morte, totalizando 12 profissionais. Foram realizadas duas entrevistas, uma estruturada seguida de uma semiestruturada. Com respeito aos preceitos éticos, conforme previsto na Resolução n.º 466, 12/12/2012 e também na resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 564/2017. A análise dos dados seguiu as orientações metodológicas de Minayo, fundamentadas pelo referencial teórico Histórico-Cultural de Vygotsky. A pesquisa resultou três categorias: sentido da morte para o profissional de enfermagem que vivencia o cuidado ao paciente oncológico; sentido da integralidade da assistência de enfermagem diante do processo de morte do paciente oncológico; cuidado espiritual e sentido da espiritualidade para o profissional de enfermagem diante do paciente oncológico em processo de morte. O sentido de espiritualidade constituiu-se em bem-estar do paciente, familiar e acompanhante, bem como em conforto e melhor aceitação da ocorrência da morte durante o trabalho da equipe de enfermagem no campo da oncologia. E mediante o sentido pôde-se alcançar a construção do significado de espiritualidade, pautado na mudança intrínseca que move cada ser humano e o mundo ao seu redor, bastando ao sujeito, em especial, a

equipe de enfermagem, se permitir ser transformada e transformar o cuidado ofertado àquele que dispensa toda confiança a ele, ser profissional e preferivelmente, ser humano.

Palavras-chave: Assistência terminal. Terminalidade. Oncologia. Espiritualidade. Enfermagem.

ABSTRACT

When it comes to cancer patients in the process of dying, health care involves, in addition to the control of signs and symptoms, the valuation of psychosocial and spiritual issues. In this perspective, assistance comprises the transcendental, that is, the dimension of spirituality. In this context, nursing care stands out, which acts both on subjectivity, on the physical side, and on spirituality because it is committed to the multidimensionality of the person under its care. Based on Vygotsky's Historical-Cultural Theory, using mediating tools, it became possible to construct the meaning and, consequently, the meaning of spirituality for the nursing team in the face of the oncological patient in the process of death. The objective was to build the meaning of spirituality for the nursing team in the face of the death process of cancer patients. Study based on Vygotsky's Historical-Cultural Theory, using a qualitative, descriptive and exploratory approach. The research took place at the institution that provides services in oncology, located in a municipality in the Zona da Mata Mineira, a reference in the prevention, diagnosis and treatment of cancer, whose target audience was the nursing team that assists the oncology patient in the process of death, totaling 12 professionals. Two interviews were conducted, one structured followed by a semi-structured one. With respect to ethical precepts, as provided for in Resolution nº. 466, 12/12/2012 and also in the resolution of the Federal Nursing Council nº. 564/2017. Data analysis followed Minayo's methodological guidelines, based on Vygotsky's Historical-Cultural theoretical framework. The research resulted in three categories: meaning of death for the nursing professional who experiences care for cancer patients; meaning of the integrality of nursing care in the face of the death process of the cancer patient; spiritual care and a sense of spirituality for nursing professionals in the face of cancer patients in the process of death. The sense of spirituality consisted of the well-being of the patient, family and companion, as well as comfort and better acceptance of the occurrence of death during the work of the nursing team in the field of oncology. And through the sense, it was possible to achieve the construction of the meaning of spirituality, based on the intrinsic change that moves each human being and the world around him, the subject, especially the nursing team, being enough to allow himself to be transformed and transform the care offered to those who give him all confidence, to be professional and preferably, to be human.

Keywords: Terminal Assistance. Terminality. Oncology. Spirituality. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fases referentes à seleção dos artigos científicos significativos para a revisão integrativa	42
Figura 2 - Modelo triangular de Vygotsky adaptado para o atual estudo	65
Figura 3 - Vygotsky adaptado à uma nova estratégia de desenvolvimento da espiritualidade	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Filtros para a busca dos dados	40
Tabela 2 - Associações mais importantes entre os descritores mediante o operador booleano "AND"	41
Tabela 3 - Análise dos dados coletados dos artigos lidos para a revisão integrativa	44
Tabela 4 - Categorias e subcategorias referentes à coleta de dados provenientes das abordagens com a aplicação dos roteiros estruturado e semiestruturado.....	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PubMed	<i>US National Library of Medicine</i> National Institutes of Health
RI	Revisão Integrativa
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
2	OBJETIVOS.....	31
2.1	OBJETIVO GERAL	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3	BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS	33
3.1	REVISÃO DE LITERATURA	33
3.1.1	Espiritualidade e suas especificidades frente à religiosidade.....	33
3.1.2	Espiritualidade para a equipe de enfermagem no processo de morte do paciente oncológico.....	35
3.1.3	Espiritualidade enquanto estratégia de enfrentamento para a equipe de enfermagem.....	37
3.1.4	A espiritualidade no âmbito do cuidar de enfermagem ao paciente oncológico em processo de morte	39
3.2	REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL DE LEV SEMIONOVITCH VYGOTSKY	47
4	MÉTODO	55
4.1	CENÁRIO DE ESTUDO	57
4.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	58
4.2.1	Critérios para seleção dos participantes.....	58
4.2.1.1	<i>Critérios de inclusão</i>.....	59
4.2.1.2	<i>Critérios de exclusão</i>	60
4.3	COLETA DE DADOS	60
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	62
4.5	RISCOS DA PESQUISA.....	63
4.6	VALIDAÇÃO DOS DADOS	63
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	64
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	65
5.1	SENTIDO DA MORTE PARA O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM QUE VIVENCIA O CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO	67
5.1.1	Morte como descanso do corpo físico	67
5.1.2	Sentidos da morte enquanto dificuldade de falar e lidar com ela: visão da equipe	

	enfermagem.....	70
5.2	SENTIDOS DE ESPIRITUALIDADE PARA O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DIANTE DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM PROCESSO DE MORTE.....	75
5.2.1	Espiritualidade traz sentido para a vida dos profissionais da equipe de enfermagem ao assistir o paciente oncológico em processo de morte.....	75
5.2.2	Espiritualidade do profissional de enfermagem: autorreflexão pessoal	76
5.2.3	Espiritualidade como fonte de amor, empatia e compaixão.....	81
5.3	SENTIDO DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE DO PACIENTE ONCOLÓGICO; CUIDADO ESPIRITUAL	85
5.3.1	Presença de Deus no cuidado de enfermagem: religiosidade	85
5.3.2	Conforto proveniente do cuidado de enfermagem com ênfase na espiritualidade ..	91
5.3.3	Profissional de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico em processo de morte: espiritualidade enquanto estratégia de enfrentamento	95
5.3.3.1	Relações interpessoais através da escuta, interação e respeito	95
5.3.3.2	O cuidado espiritual traz dignidade para a morte.....	103
5.3.3.3	Espiritualidade no momento da despedida: melhora precedida da morte	105
6	RECOMENDAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM	109
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS.....	119
	APÊNDICE A – Primeiro roteiro de entrevista	131
	APÊNDICE B – Segundo roteiro de entrevista	132
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	133
	APÊNDICE D – Ficha de leitura baseada no artigo científico “Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer”	134
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética.....	136

1 INTRODUÇÃO

O significado para Lev Semionovitch Vygotsky, referencial teórico de escolha para embasar a pesquisa, envolve compreensões do coletivo de um grupo formado por seres humanos, que é elaborado de acordo com as suas vivências e estabilizado. Enquanto os sentidos são propostas de ideias individuais, inconstantes, que se modificam de acordo com o momento e o contexto em que o sujeito se insere, sendo provisórios, mas que buscam se estabilizarem (COSTAS; FERREIRA, 2011).

Vale esses esclarecimentos, tendo em vista que o estudo utilizou de ambos os termos associados ao cuidado de enfermagem no processo de morte do paciente¹ oncológico. Nesse cenário, frente ao cuidado, a equipe de enfermagem desempenha maior contato direto com os pacientes ao longo do processo terapêutico, por exercer a assistência e o acolhimento de maneira holística em prol da saúde, bem-estar físico e emocional dos mesmos (ARAUJO et al., 2017; SCHIMIGUEL et al., 2015).

O cuidado ultrapassa então, as dimensões físicas e emocionais, no entanto, a dimensão da espiritualidade é uma prioridade diante das estratégias terapêuticas, por ser reconhecida como fonte de qualidade de vida, em especial, para aqueles que vivenciam o seu processo de morte (ARRIEIRA et al., 2016).

Isto posto, é fundamental a atenção à espiritualidade na assistência da enfermagem desde a formação dos profissionais, já que traz benefícios para a equipe multiprofissional e pacientes que terão a sua morte com mais dignidade (ARRIEIRA et al., 2016; GRANITO; CURY, 2016).

Dessa maneira, a inserção da espiritualidade no processo de formação profissional colabora para a reflexão das atividades desenvolvidas na prática assistencial que favorecem as ações cuja ênfase encontra-se nas subjetividades, generalizações mais amplas da realidade e do próprio trabalho (THOFEHRN, 2005).

Logo, o ser humano como peça fundamental no ambiente de trabalho deve ser considerado como um indivíduo complexo pelo fato de sua constituição

¹Em conformidade com o referencial teórico-metodológico vygotskyano, neste estudo, utilizase o termo paciente pela especificidade histórico-cultural, dessa forma, compreende um ser humano que requer atenção, que determina as suas ações e que designa um processo de interação com os profissionais da saúde. Não sendo portanto, considerado no sentido de passividade.

ultrapassar a corporeidade palpável e visível, ou seja, um ser multidimensional (MACHADO, 2016).

Digo multidimensional ao referir às múltiplas dimensões constituintes dos seres humanos, como a dimensão física, emocional, social e espiritual (CERVELIN; KRUSE, 2014).

Por conseguinte, perante ao sincronismo das necessidades das dimensões corpo, mente e espírito, faz com que o equilíbrio seja testado pelas diversas contrariedades da vida cotidiana (MACHADO, 2016).

Em virtude do que foi dito, o foco dos profissionais da equipe de enfermagem, necessita ser amplo, integral e holístico com o objetivo de abranger a compreensão das necessidades dos seres humanos, promovendo a saúde da melhor forma. Então, ao se tratar do cuidado holístico, esse envolve a junção de corpo e mente, na qual a mente não pode ser entendida e sim, controlada (RIEGEL; CROSSETTI; SIQUEIRA, 2018).

Alicerçado nessas concepções, os profissionais de enfermagem em especial, precisam gerenciar a assistência voltada para o comportamento, em como o paciente enfrenta a doença e o seu tratamento, ao visar o bem-estar do mesmo. Logo, a enfermagem necessita se qualificar e assegurar o cuidado, conforme as necessidades dos seres assistidos e as suas singularidades, com o objetivo de garantir um cuidado baseado no conforto, apoio e esperança, independente se a terapêutica já não confere possibilidades para a cura (SIQUEIRA et al., 2017).

Há portanto, um laço que une fortemente a espiritualidade com a saúde, que deve ser valorizado para auxiliar o paciente a suportar o sofrimento causado pela sua situação de doença. Então, tanto a equipe de enfermagem quanto a multiprofissional podem amenizar os momentos de angústias e medos, quando os identificam e reconhecem a espiritualidade como algo essencial e importante para o ser humano (MIQUELETTO et al., 2017). Inclusive em situações que remetem aos princípios dos cuidados no final da vida, em patologias que não mais respondem aos tratamentos curativos.

Desse modo, o profissional, ao resgatar a espiritualidade refletirá no reestabelecimento da esperança e do apoio, que intensifica energias consideradas propícias a suavizar, como também, a tornar possível ao paciente superar as dores e os sofrimentos oriundos do percurso da doença. E ao se referir à oncologia, enfrentar o câncer, mediante a valorização das questões espirituais, mobiliza

sensibilizar mecanismos psicoemocionais que reduzem as inseguranças e os medos, além de viabilizar reflexões que auxiliarão no modo de encarar a doença e a terapêutica, transformar o indivíduo, além de proporcionar adaptações ao seu modo de viver (SIQUEIRA et al., 2017).

A espiritualidade então concebe compreensões particulares influenciadas pelas culturas e vivências dos seres humanos que pode vir a ser confundida com religiosidade, estando esta interligada, exclusivamente, aos elementos ritualísticos e simbólicos, além do modo como as pessoas se conectam com o Divino e o Sagrado, ao envolver um sistema de crenças, orações e rituais religiosos (ROSS, 2014; CATRE, 2016; MIQUELETTO, 2017).

Enquanto a espiritualidade relaciona-se com as qualidades do espírito humano, com o otimismo, o amor, a tolerância e ao que viabiliza a harmonia com o ambiente. Oportuniza a expressão de diversos aspectos do ser humano, por reconhecê-los além de vidas internas e externas, que a partir do momento que se nutre a vida interior, conseqüentemente, favorecerá a uma vida exterior mais significativa e produtiva (TECCHIO; CUNHA; SANTOS, 2016).

Assim, a espiritualidade influencia os comportamentos humanos individuais e coletivamente, e no contexto das Ciências Humanas e Sociais, essas não devem ficarem alheias a tal condição, visto que, cada vez mais, surgem estudos nesta área (CATRÉ et al., 2016).

Meezenbroek et al. (2012, p.338) propõem como definição de espiritualidade: “a profundidade e o sentido da vida, a partir de experiências pessoais e insight, ao invés de o fazerem com base em regras externas, normas e expectativas”.

À vista disso, considera-se a espiritualidade uma dimensão que supera o que é humano, ao referir-se ao Universo como um todo, ao que transcende. Portanto, a energia que emana de cada ser consigo próprio, com os outros, com a natureza e o transcendental (MEEZENBROEK et al., 2012; CATRE et al., 2016), o que possibilita justificar o atual estudo.

Para Leonardo Boff, “possuímos essa dimensão de abertura, de romper barreiras, de superar interditos, de ir além de todos os limites. É isso que chamamos de transcendência. Essa é uma estrutura de base do ser humano” (BOFF, 2000, p. 7 e 8). Considerada como uma relação intrínseca, a espiritualidade contribui para ir além do que é palpável e visível aos olhos, é o “desafio mais secreto e escondido do

ser humano”. Em consonância, a essência humana quando pautada na liberdade de superar barreiras e todos os limites, projeta-se à transcendência (BOFF, 2000).

Logo, ao integrar o transcender² no campo da saúde, a espiritualidade pode ser considerada um mecanismo de promoção, ao passo que lida com dimensões que se baseiam nos valores, motivações e no sentido da existência individual e coletiva dos seres humanos. Que vai além da subjetividade, pois o subjetivo envolve as emoções humanas que não se aprofundam em momentos de reflexão, são sentimentos e ações mais elevados e não tão facilmente alcançados, tais como: solidariedade, compaixão, perdão e amor incondicional (ARRIEIRA et al., 2016).

Assim, é o elo entre o transcendental e o existencial que traz sentido à vida, que considera a dimensão espiritual parte da assistência ao se fazer essencial frente ao paciente oncológico que vivencia o processo de morte. Este processo apresenta como definição, o período desde o diagnóstico de uma doença sem cura até a morte do indivíduo (ALVES; DULCI, 2014).

O que torna necessário exercer cuidados que envolvam a espiritualidade e o apoio ao luto nas etapas finais da doença juntamente com terapêuticas específicas do processo patológico. Visto que esses indivíduos enfrentam situações que podem alterar as suas crenças e valores de forma a influenciar no modo de vivenciarem o processo de morte. Diante de questões de natureza individual e existencial surgirá ainda, a necessidade de aliviar o sofrimento espiritual do paciente e também da equipe de enfermagem (ARAUJO et al., 2016; SCHIMIGUEL et al., 2015).

Portanto, ao compreender o conceito do cuidado espiritual na perspectiva Nightingaleana, como aquele que apresenta os seus elementos fundamentais, a observação com profundidade, descrição com propriedade e a compreensão profunda do indivíduo, comprova ser impossível o cuidar do corpo sem o conhecimento do ser humano como um todo (NIGHTINGALE, 1989). A essência desse conceito se mantém até a contemporaneidade e ao associar à enfermagem, pode ser definido como:

Cuidado espiritual de enfermagem é o cuidado de enfermagem que busca atender as necessidades espirituais das pessoas e que tem

² Transcender é se permitir ir ao espaço infinito e além (transcendência), enquanto o diferente é se manter enraizado (imanência). Esta, por sua vez, pode ser considerada como uma situação dada, definida, em contrapartida, a transcendência, de ultrapassá-la. Com a transcendência, torna-se possível superar os limites do conhecimento empírico de cada ser humano (BOFF, 2000).

como características fundamentais a presença terapêutica, a ação centrada na pessoa e o caráter caritativo, conduzido a partir do processo de enfermagem, com respeito ao paciente, de forma integrativa, auxiliando a pessoa a encontrar sentido e significado no processo de saúde e doença e na própria vida, com foco na espiritualidade e na religiosidade, principalmente em situações de crise e envolvendo os demais profissionais da assistência, de forma multiprofissional. (MACHADO, 2016, p.98).

Dessa forma, a prática da assistência à saúde envolverá o cuidado, considerado um sentimento inerente a nós seres humanos, que fortalece a relação entre o ser que cuida e o ser cuidado, além de apresentar como significado as dimensões emocionais, terminalidade e a fé para o paciente, com destaque ao oncológico (SCHIMIGUEL et al., 2015).

Pois a doença oncológica tem sido considerada um problema de saúde pública, em virtude do expressivo número de mortes em contexto mundial. E, embora, o Ministério da Saúde (MS) colabore para a detecção precoce do câncer, esse ainda se mantém liderando as principais causas de morte no Brasil e no mundo conforme ressalta a Organização Mundial de Saúde – OMS (ONUBR, 2020; WHO, 2018).

De acordo com os dados da OMS, houve um aumento de mortes, diante à média anual registrada no ano de 2012 que computou 8,2 milhões em contexto mundial, comparado ao registro de 2017, que indicou 8,8 milhões de pessoas morrendo por causa do câncer a cada ano, principalmente, nos países considerados com população de baixa e média renda. Esses registros anuais de casos novos de indivíduos com diagnóstico de câncer pode aumentar para 21,6 milhões em 2030 (ONUBR, 2020; WHO, 2018).

Ao esclarecer sobre o câncer, este, é uma patologia caracterizada pela modificação do material genético de uma célula, que ao se duplicar, origina um conjunto de células atípicas que não apresentam utilidades ao organismo (MORAIS et al., 2013). O estágio da doença e seus eventos adversos ao tratamento de escolha podem desencadear sentimentos como depressão, insegurança, medo e ansiedade ao paciente oncológico (PINTO et al., 2015).

Assim, a pessoa com câncer pode encarar diversos desafios como também o estigma social historicamente criado pela sociedade, de doença incurável e de percurso doloroso, pelo fato de o câncer possuir tanto um significado individual quanto coletivo. Além de poder interferir no convívio social, familiar, na imagem

corporal, nos objetivos de vida do paciente, seus familiares e acompanhantes, o que comprova ultrapassar a dor física (PINTO et al., 2015; THEOBALD et al., 2016).

Porém, o câncer, mesmo que seja considerado uma preocupação de saúde pública, de alta complexidade, existem aqueles que alcançam a sua cura e não vivenciam o processo de morte. Mas, ao se tratar de pacientes em final de vida, no qual se esgotam as possibilidades científicas para a cura, o cuidado em saúde desempenha, no âmbito da assistência, a busca pelo controle de sinais e sintomas, valorização de questões psicossociais e espirituais, tanto dos pacientes, quanto dos familiares que os acompanham (BRITTO *et al.*, 2015; MIQUELETTO et al., 2017).

Por isso, ao relacionar a assistência de enfermagem no âmbito da oncologia, na perspectiva da transição paradigmática entre o modelo biologicista e o biopsicossocial, há uma necessidade de superar tal modelo que embora envolva diversos recursos, enfatiza a terapêutica medicamentosa, não transcende a fragmentação das tarefas assistenciais que ignora a totalidade do ser humano, limitando-o à sua patologia e ainda, a supervalorização do conhecimento médico. Além de excluir a participação do paciente e de seus acompanhantes no processo de tratamento, por priorizar a natureza biológica e física dos seres diante de uma patologia e ao prevalecer sobre a sua dimensão social (ROECHE, 2015; SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

Isto posto, romper com o modelo biologicista, visa gerar a expectativa de transcender os limites, ou seja, ir além, conduzir as técnicas provenientes do cuidado associadas ao resgate da dignidade e a significância da existência social e individual do paciente oncológico. Dessa maneira, torna importante defender um modelo de atenção à saúde que não se fragmente, que seja desenvolvido por profissionais de maneira humanizada e integrada. Logo, no sentido do diagnóstico às intervenções terapêuticas, e que não negligencie a finitude da vida do paciente, tendo em vista que é neste momento que todo o processo de sobrevivência encontra seu desfecho (SILVA, et al., 2016).

Nessa conjuntura, há pesquisas que defendem que para se prestar o cuidado, especialmente na finitude da vida, faz-se necessário envolver a dimensão da espiritualidade como já mencionado.

Destarte, Engel (1977), considerou há quatro décadas, mas que persiste até a atualidade, que a saúde deve ser ampliada por agregar dimensões psicológicas e sociais ao processo saúde-doença, e ainda propôs rever o modelo biomédico. O

mesmo afirmou que o processo é intermediado por aspectos culturais, sociais e psicológicos e, por esse motivo, a abordagem clínica precisaria estar voltada para o olhar subjetivo com respeito às características pessoais do ser assistido, seu contexto social e ao sistema de atenção à saúde. Desse modo, corrobora com as ideias do referencial teórico da pesquisa em questão, uma vez que Vygotsky defende que os seres humanos são multidimensionais, interacionistas e que se desenvolvem sob a influência do contexto sócio-histórico-cultural (VYGOTSKY, 2010).

Os seres são considerados interacionistas ao passo que o seu processo de desenvolvimento sofre influências de fatores orgânicos e sociais. E ao se tratar do contexto sócio-histórico-cultural, esse, refere-se à interação do ser com o seu meio social que envolve questões históricas e culturais (BORTOLANZA; RINGEL, 2016).

Dado os esclarecimentos, torna-se pertinente relatar a minha aproximação com o tema, que se deu a partir do período de graduação, especialmente quando atuei como monitora numa instituição que presta cuidados no âmbito da oncologia. Neste contexto, despertou-me indagações frente ao processo de morte dos pacientes oncológicos que apresentavam oscilações de melhora do quadro clínico precedida da sua morte.

Assim que surgiu a motivação em compreender o processo de morte e contribuir no modo de lidar com esse momento, que considero sensível pelo fato de demandar um olhar mais compreensível por parte da equipe de enfermagem. E a partir da visão de cada ser associada à espiritualidade, esta perpassa e deve perpassar todos os seres, independente do agravo ou saúde, exatamente por produzir bem-estar.

Portanto, ao acompanhar a atuação da equipe de enfermagem com o paciente oncológico, sem possibilidades científicas para o alcance da sua cura, a frequência desse episódio na vivência profissional, e principalmente, por ouvir a expressão que já não havia mais nada a fazer por aquele paciente. Com isso, senti-me instigada a desenvolver um estudo na busca pelo significado da espiritualidade, que possa vir a sensibilizar o público alvo da pesquisa e consequentemente, favorecer a assistência prestada, tornando-a mais humanizada e ainda, contribuir para o campo científico.

Entretanto, diante das dificuldades enfrentadas para a implementação da espiritualidade na assistência à saúde, compreende-se que novas investigações

sobre essa temática sejam importantes (ARRIEIRA et al., 2016; EVANGELISTA et al., 2016a).

Este estudo trará contribuições que ampliará o conhecimento ao estimular envolver a espiritualidade nas atividades profissionais durante o cuidado ao paciente em estágio de finitude de vida. Por fim, justifica-se a escolha por trabalhar com Vygotsky, de pensamento construtivista, pelo fato de o mesmo apoiar a ideia de que os seres humanos são seres influenciáveis pelo seu contexto sócio-histórico-cultural.

Assim, as ideias do filósofo oferecem embasamento para justificar a construção do significado de espiritualidade para a equipe de enfermagem que assiste aos pacientes oncológicos em processo de morte. Pelo fato de no primeiro momento da pesquisa ter sido discutido a espiritualidade dos participantes, no qual se observou o conhecimento prévio de cada um sobre a temática.

Foi então que se estimulou o desenvolver do conhecimento a partir da interação com a pesquisadora, relação com outros sujeitos, e da influência do contexto no qual cada participante se encontrava inserido. Dessa forma, se conheceu o sentido de espiritualidade para a equipe pesquisada, o qual possibilitou a construção do significado.

A pesquisa apresenta alguns pressupostos:

- A espiritualidade proporciona qualidade de vida para aqueles que vivenciam o processo de morte, para os profissionais de enfermagem que os assistem, seus familiares e acompanhantes, colaborando para um ambiente harmonizador;
- O sentido de espiritualidade modifica-se sempre, enquanto o significado é estabilizado;
- A compreensão do sentido de espiritualidade para os integrantes da equipe de enfermagem, que cuidam de pacientes oncológicos em processo de morte, favorece a relação intrínseca, ou seja, intrapessoal. E o significado, contribui para alcançar um elevado estado de bem-estar interpessoal, entre paciente, profissional de enfermagem, familiares e acompanhantes.

Diante do exposto, o objeto de estudo da dissertação é a espiritualidade e o público alvo, a equipe de enfermagem, que assiste ao paciente oncológico em processo de morte. Assim, a pesquisa se baseou na seguinte questão norteadora:

Qual o significado atribuído pela equipe de enfermagem sobre espiritualidade no processo de morte do paciente oncológico?

2 OBJETIVOS

A seguir serão explicitados os objetivos gerais e específicos deste estudo.

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir o significado atribuído pela equipe de enfermagem sobre espiritualidade no processo de morte do paciente oncológico a partir do referencial construtivista Lev Semionovitch Vygotsky.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o sentido da morte atribuído pela equipe de enfermagem diante da assistência ao paciente oncológico;
- Conhecer o sentido de espiritualidade para os integrantes da equipe de enfermagem diante do processo de morte do paciente oncológico;
- Compreender a influência da espiritualidade no cuidado de enfermagem ao paciente em final de vida no campo da oncologia;

A pesquisa resultará em contribuições aos pacientes, familiares, acompanhantes e a própria equipe de enfermagem, por despertar reflexões referentes ao cuidado espiritual prestado pelos profissionais. Além de fortalecer discussões na área da saúde e favorecer o desenvolvimento de produções científicas que abordem a temática em questão, em especial, no Grupo de Pesquisa Gerência em Saúde e Enfermagem (GESEnf) da Universidade Federal de Juiz de Fora, o qual faço parte atualmente.

Este grupo apresenta caráter interdisciplinar e almeja colaborar com a produção do conhecimento considerado técnico-científico relativo à gestão da assistência à saúde e a gerência do cuidado em enfermagem.

3 BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

As bases teórico-conceituais são fundamentais para sustentar todo o desenvolvimento da pesquisa científica.

3.1 REVISÃO DE LITERATURA

Este tópico aborda sobre a revisão de literatura que tem por objetivo versar sobre as questões relacionadas ao tema de investigação da atual pesquisa. As bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), *US National Library of Medicine* National Institutes of Health (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) foram selecionadas para a consulta dos dados que ofereceram subsídio para a discussão dos aspectos relacionados à Espiritualidade e suas especificidades frente à Religiosidade; Espiritualidade e o Processo de Morte do Paciente Oncológico; Enfrentamento: Equipe de Enfermagem e Espiritualidade; e o Referencial Teórico, a Teoria Histórico-Cultural de Lev Semionovitch Vygotsky, ao esclarecerem os principais aspectos que permeiam os temas anteriormente pré-citados.

3.1.1 Espiritualidade e suas especificidades frente à religiosidade

A ciência correlaciona religiosidade e espiritualidade à qualidade de vida e de saúde. Enfatiza a relevância dos aspectos tanto religiosos quanto espirituais no processo de cura e reabilitação da saúde do indivíduo, que se incluem as condições crônicas como na oncologia. Estudos subsidiam cada vez mais, o surgimento de novas pesquisas que envolvam a dimensão espiritual para momentos de reflexão e no tratamento das enfermidades. Embora a espiritualidade apresente um percurso considerado desafiador é considerada promissora no âmbito das pesquisas científicas e na prática profissional na saúde (PENHA; SILVA, 2012; BENITES; NEME; SANTOS, 2017).

Logo, a espiritualidade e a religiosidade trazem impacto no âmbito da saúde física e mental do ser humano, na sua qualidade de vida e conseqüentemente, gera bem estar a partir do momento que se previnem patologias e atuam como

mecanismos de enfrentamento para inúmeras doenças (BONELLI; KOENING, 2013; GOBATTO; CAVALCANTI, 2013; LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018).

Apesar de empregados como sinônimos, os termos religião, religiosidade e espiritualidade, expressam significados e características distintas, embora, estejam intrinsecamente relacionados entre si. Religião e religiosidade compreendem crenças e práticas institucionalizadas que são baseadas em tradições, com símbolos, rituais, cerimônias e explicações particulares sobre a vida e a morte (BENITES; NEME; SANTOS, 2017).

Envolve um conjunto de práticas que viabilizam a aproximação com o Sagrado, interligada a uma instituição caracterizada por doutrinas específicas em que um grupo de pessoas compartilha entre si, embora sejam praticadas por cada um, individualmente (KOENING, 2012; GOBATTO; CAVALCANTI, 2013; LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018). Restringe-se a acreditar em uma religião que é institucional, sistematizada e dogmática.

Enquanto a espiritualidade não se limita a uma religião ou cultura, é universal abrange valores pessoais, traz sentido à vida, e possibilita o crescimento intrínseco com reflexões acerca das vivências pessoais (BENITES; NEME; SANTOS, 2017).

Então, para desenvolver a espiritualidade no ser humano, o mesmo não necessita especificamente, pertencer a uma religião, já que o campo espiritual constitui a sua própria vida, no seu sentido e significados (SCHLEDER; PAREJO; SILVA, 2013; LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018). Pois é considerada como o elo entre o existencialismo e o transcendental, que proporciona sentido à vida e faz parte da essência humana de cada ser (ARRIEIRA et al., 2016; MANCHOLA; BRAZÃO; PULSHEN, 2016).

Logo, comparada à religiosidade é mais abrangente, correlaciona aos valores internos de harmonia e completude como também em relação com o outro. A espiritualidade é uma constante busca pessoal pela concepção do real sentido da vida e associada a questões referentes à finitude da vida terrena, que pode (ou não) estar vinculada às práticas religiosas (KOENING; KING; CARSON, 2012; LONGUINIÈRE, YARID, SILVA, 2018). O que torna cada dia mais relevante e necessário, atender a dimensão espiritual durante a prática assistencial à saúde por ser fonte de bem estar que visa à qualidade de vida.

Apresenta-se como instrumento de promoção da saúde, ao passo que trabalha com dimensões pouco conscientes do indivíduo. Baseia-se no sentido

existencial individual e coletivo, nos valores e motivações profundas, que supera a subjetividade ao envolver o emocional existente no dia-a-dia e não necessita de instantes de profunda reflexão (ARRIEIRA et al., 2016).

Assim, deve ser induzida durante a formação profissional na área da saúde, em vista que trará benefícios aos envolvidos, além de possibilitar um conforto maior durante o processo de morte do paciente, e tornar a sua morte mais digna e respeitada (ARRIEIRA et al., 2016; GARANITO; CURY, 2016).

3.1.2 Espiritualidade para a equipe de enfermagem no processo de morte do paciente oncológico

As últimas décadas puderam comprovar um aumento gradual de certas enfermidades crônicas associadas ao envelhecimento progressivo da população geral. De acordo com o relatório atual da *International Agency for Research on Cancer*, há um quantitativo estimado de casos incidentes do ano de 2018 ao ano de 2040, que abrange todos os tipos de cânceres de ambos os sexos e de todas as idades. A estimativa é proporcional a 18 milhões, 78 mil e 957 casos em 2018 e 29 milhões, 532 mil e 994 casos até 2040, considerada uma estimativa em âmbito mundial (WHO, 2018).

Portanto, se medidas preventivas não forem aplicadas, o índice da doença manterá se expandindo tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. E diante a estimativa de incidência do câncer no país em 2018 realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), especialmente, o número de casos novos, exprime um total de 324.580 em homens e 310.300 em mulheres, o que totaliza 634.880 casos (INCA, 2018).

Torna-se importante destacar as estimativas em 2018 referentes às taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e casos novos de câncer segundo o sexo no estado de Minas Gerais por ser esse, o estado do município de escolha para a coleta de dados do estudo. Então as estimativas, 29.010 casos novos e 274,87 a taxa bruta na população do sexo masculino e 28.580 casos novos e 267,56 a taxa bruta do sexo feminino, com um total estimado de 57.590 casos novos em ambos os sexos (INCA, 2018).

Ao retornar ao paciente oncológico, o mesmo, frequentemente apresenta medo e associa a sua doença à morte próxima, manifesta uma ansiedade profunda

e vive um intenso sofrimento. E entre os diversos mistérios que a vida nos traz, a morte, certamente, é o que acarreta mais temor, receio pelo fato de ser a fase final, por representar a fim do ser humano (FARIA, 2017) no mundo material.

Ainda que, nas últimas décadas, ocorreram avanços no campo da medicina que puderam propiciar um aumento na expectativa de vida da população, existem patologias sem alcance da cura, devido às limitações de recursos na vida propriamente dita e na saúde. Doenças crônicas, progressivas e incuráveis como é o caso do câncer, podem causar incapacidades no indivíduo como também, sofrimento e a ocorrência da morte. E, estudos comprovam que, alguns pacientes diagnosticados consideram o percurso do tratamento mais sofrido do que a doença (FARIA, 2017).

Então, a abordagem da morte e o câncer são evitados na sociedade, por serem considerados objetos de estigma social de percurso doloroso e a doença em si, como incurável. Ao receber o diagnóstico de câncer gera um impacto significativo e que abrange tanto a saúde física, mental e espiritual do indivíduo com a doença, que reflete nos familiares e profissionais que os acompanham (PINTO et al., 2015; THEOBALD et al., 2016).

O que pode vir a interferir no convívio social, familiar, na imagem corporal nos objetivos e qualidade de vida, além de comprovar ultrapassar a dor física. Consequentemente, estar diante de uma suposta possibilidade de morte acarreta no ser humano, sentimentos diversos como angústia, medo, insegurança, ansiedade, depressão dentre outros, e que embora sejam inevitáveis, a associação do câncer com a dor, sofrimento e morte, despertam muitos questionamentos pessoais e profissionais (FARIA, 2017; PINTO et al., 2015; THEOBALD et al., 2016).

Considerada como um acontecimento universal, inerente aos seres humanos, o fenômeno natural da morte, vai além de eventualidades biológicas por envolver dimensões sociais, filosóficas, psicológicas, religiosas e espirituais. Esse, desde a antiguidade, carrega consigo, um estigma de caráter global e que gera medo e insegurança aos humanos (FARIA, 2017; KÜBLER-ROSS, 1998; LIMA et al., 2017).

3.1.3 Espiritualidade enquanto estratégia de enfrentamento para a equipe de enfermagem

Os profissionais da área da saúde são formados com o objetivo de salvarem vidas e quando não se é possível, ao menos devem atuar de forma que contribua para a recuperação e promoção da saúde de seus pacientes. Porém, quando se deparam com o episódio da morte, refletem em vulnerabilidade, sentimento frustrante e fraqueza, o que torna a finitude da vida humana um agravante para o seu enfrentamento (LIMA et al., 2017; MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

O profissional se vê no lugar do paciente e de seus acompanhantes, sofre juntamente com ambos e por vezes, se julga com sentimento de culpa pelo insucesso dos cuidados prestados (SALUM et al., 2017).

Nesse sentido, o assistir, um dos processos de trabalho da enfermagem, exercido de maneira frequente pelos profissionais é a essência da profissão. Contempla o cuidar, oferecer suporte, apoiar e amparar os pacientes, especialmente, aqueles que vivenciam o processo de morte (SALUM et al., 2017). O que comprova o comprometimento com a multidimensionalidade ao atuar nas dimensões da materialidade, subjetividade e espiritualidade.

A materialidade se relaciona com a compreensão racional e lógica para qualquer fenômeno como é o caso da morte. Consiste no que é palpável e visível aos olhos, ocupa espaço físico, com destaque no individualismo e nas particularidades extremamente desenvolvidos. Influencia como enxergar e compreender o todo com ênfase no processo de trabalho: “o saber fazer” e não valoriza as subjetividades que envolvem o ser humano (MANCHOLA et al., 2016; THOFEHRN, 2016, p.144).

Tal subjetividade abrange sentimentos como emoção e princípios próprios de cada ser, por meio do aperfeiçoamento do autocontrole e da autopercepção. O que contribui positivamente para as diversidades e valores individuais, com destaque para a confiança, responsabilidade, ética e cooperação. Nessa dimensão, o “saber ser” é valorizado. É fundamental que se incentive o desenvolvimento de um mundo mais humanizado, com mais comunicação entre os sujeitos do nosso convívio social. É imprescindível importar-se com o bem-estar de terceiros e reconhecer o nosso interior pretendendo partilhar com os outros (MANCHOLA et al., 2016; THOFEHRN, 2016, p. 145).

Já a espiritualidade é a união do existencialismo com o transcendental, aquilo que traz sentidos à vida e faz parte da essência do cuidado no processo de morte do paciente. Compreende o momento em que os seres humanos almejam o alcance de sentido e significado para a vida, enfatizados pela solidariedade e a compaixão, nas relações com os outros, recorre ao contexto ambiental, sócio-histórico-cultural e a transcendência (MANCHOLA et al., 2016).

Transcender por sua vez, é ter ciência dos limites e ainda assim, buscar algo além que visa oportunidades inéditas referentes à sua existência. Provém do imaginário, pois é uma experiência singular, de cada ser. Consequentemente, é inevitável e importante buscar no interior de cada ser humano pelo sentido da vida, visar o alcance do seu significado e das demais questões que a superam, ao transcender as vivências cotidianas, o que irá repercutir no “saber para-além”, onde a transcendência é a busca pelo significado e a espiritualidade, o caminho a percorrer (ARRIEIRA, et al., 2011; THOFEHRN, 2016, p. 145).

Em consideração, é fundamental o desenvolvimento de novas pesquisas que abordem a temática da espiritualidade voltada aos profissionais da saúde, uma vez que seja considerada uma relevante ferramenta para ser empregada durante a assistência ao paciente em finitude de vida e no dia-a-dia das equipes, em especial, a da enfermagem (EVANGELISTA et al., 2016b).

A espiritualidade favorece os envolvidos no processo de cuidar, é baseada em trocas solidárias que envolvam afeto entre os profissionais e seus pacientes, além de contribuir para acreditar em algo transcendente, o que não necessariamente deve estar relacionado às questões religiosas (PERES et al., 2007; ARRIEIRA, et al., 2011).

Portanto, contribui para o envolvimento do próprio paciente com o seu inconsciente, vislumbra o sentido da vida e age como harmonizador durante o processo de trabalho das equipes interdisciplinares em saúde (PERES et al., 2007; ARRIEIRA, et al., 2011). Dessa forma, abordar a espiritualidade é essencial, pois muitas vezes é tratada como uma experiência que não apresenta precedentes e maiores explicações.

Contudo, realizar o acolhimento transcendental humano no cuidado à saúde possibilita alcançar o real significado da vida. E embora a espiritualidade contribua de maneira tão eficaz ao exercício profissional na saúde, esse tema ainda precisa ser mais desenvolvido e debatido entre os profissionais por meio de estudos que

abordem a temática que conseqüentemente, irão refletir em melhores práticas, direcionando melhor o cuidado prestado (THOFEHRN, 2005).

Isso se justifica pelo fato de que a partir do momento que se compreende e atende à dimensão espiritual, os sujeitos interiorizam a sua percepção particular (THOFEHRN, 2005) e ainda contribui para o enfrentamento durante todo o processo da morte.

Todavia, a assistência de enfermagem deve ultrapassar as circunstâncias físicas e emocionais, atender à espiritualidade por ser uma estratégia terapêutica na busca pelo bem estar e qualidade de vida, principalmente daqueles que vivenciam o processo de morte. Nessa lógica, ouvir e dar importância ao que o paciente considera significativo concretizar nesta fase de sua vida supera o controle de sinais e sintomas, além de buscar nesse momento ímpar, proporcionar condições necessárias para tais realizações desejadas (MACHADO, 2016; THOFEHRN, 2005).

Dessa forma, o profissional que desempenha o cuidado baseado nos seus sentimentos e nos dos seres assistidos, valoriza além de questões técnicas e cuidados com o corpo físico. Demonstra compreensão sobre a integralidade do paciente ao cuidar também do que não se pode ver e nem palpar. Numa assistência voltada para a visão integral às necessidades do ser humano, que vislumbre concepções teóricas e práticas nos cuidados, o alcance de bem-estar e qualidade de vida, rompe com o modelo biologicista hegemônico fragmentado dos serviços de saúde, (ARRIEIRA et al., 2011).

Isso explica que buscar e aprimorar os conhecimentos sobre a espiritualidade por parte da equipe de saúde é essencial para uma assistência integral e de qualidade (ARRIEIRA et al., 2011).

3.1.4 A espiritualidade no âmbito do cuidar de enfermagem ao paciente oncológico em processo de morte

Para esta categoria, foi considerada pertinente a realização de uma revisão integrativa a qual teve como objetivo, conhecer a concepção dos profissionais de enfermagem sobre espiritualidade no campo da oncologia especialmente frente à assistência ao paciente em processo de morte.

Deu-se início a pesquisa a partir da definição do tema, seguido da construção de uma questão norteadora que fosse importante para a enfermagem. Apoiada no

raciocínio teórico-prático que incentivou a análise e a conclusão de maneira satisfatória.

Dentre os conteúdos indispensáveis para a construção de uma revisão integrativa, estão as palavras-chaves e os descritores que são selecionados e orientados pela temática de escolha para a elaboração da questão norteadora. No qual ambos contribuem para a busca dos dados específicos pesquisados. Para este estudo, a questão norteadora foi definida como: “qual a concepção de espiritualidade para os profissionais de enfermagem ao assistir o paciente oncológico em processo de morte?”

A seguir, a tabela 1 demonstra os filtros utilizados para refinar a busca dos dados para a pesquisa.

Tabela 1 - Filtros para a busca dos dados

Tipo	Filtros da pesquisa	
Descritor	Espiritualidade Oncologia Assistência Terminal	Enfermagem Terminalidade
Base de dados	Bdenf Pubmed	Medline Lilacs
Temas	Espiritualidade Paciente oncológico em processo de morte	Equipe de Enfermagem
Ano de publicação	2015-2019	
Texto	Disponível e completo na íntegra	
Idiomas	Português – Inglês – Espanhol	
Tipo de documento	Artigo científico	

Fonte: A autora.

De acordo com a tabela mencionada, os descritores definidos foram: Espiritualidade; Enfermagem; Oncologia; Terminalidade; Assistência Terminal. Foram utilizados para a busca nos bancos das bases eletrônicas BDEnf e LILACS, como também, o portal do PubMed que compreende o MEDLINE. E para a sua seleção, foram consultados nos Descritores em Ciências da Saúde.

Em relação aos critérios de inclusão predefinidos elencou-se os estudos com abordagem qualitativa ou quantitativa desde que envolvessem o campo da enfermagem. Já o período da coleta de dados em específico, ocorreu no mês de janeiro de 2019 e se expandiu até setembro do mesmo ano, com o propósito de atualizar os dados já coletados, buscando novas publicações.

Os estudos elegidos tiveram que respeitar tais especificações: ser artigo científico, ou seja, outros tipos de documentos não foram utilizados, quanto aos idiomas, deviam estar disponível em português, inglês ou espanhol, com publicação de no máximo cinco anos até o ano da busca de dados, entre 2015 e 2019, ter o texto completo na íntegra na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), ser condizente à espiritualidade e processo de morte do paciente oncológico, e ter como público alvo, a equipe de enfermagem. É importante lembrar que os descritores foram utilizados para a busca associados pelo operador booleano “AND”.

São demonstrados na tabela 2 as combinações dos descritores mais relevantes para responderem a questão norteadora.

Tabela 2 - Associações mais importantes entre os descritores mediante o operador booleano “AND”

DeCS	Base	Artigos encontrados	Filtrados
Espiritualidade and Enfermagem and Terminalidade	BVS	42	12
Espiritualidade and Enfermagem and Oncologia	BVS	22	10
Espiritualidade and Enfermagem and Assistência Terminal	BVS	157	18
TOTAL		221	40

Fonte: A autora.

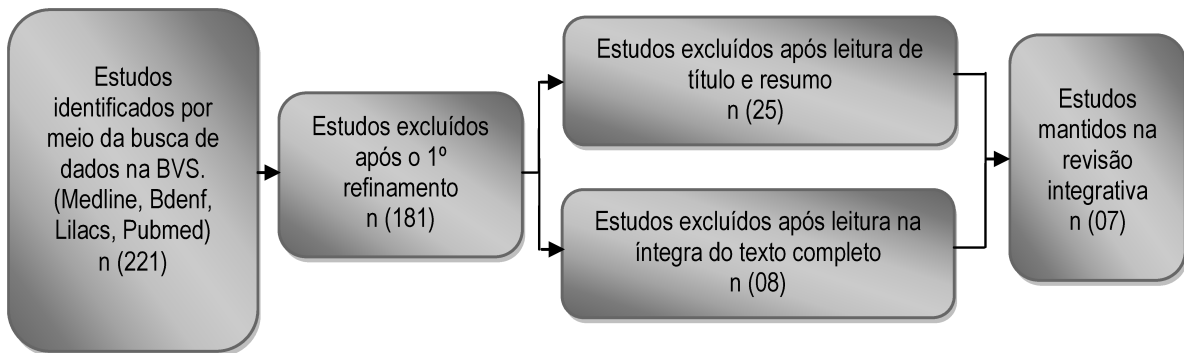
Adiante serão esclarecidas as especificidades dessas combinações exibidas na tabela acima. Dando seguimento, vale esclarecer sobre as etapas para o desenvolvimento da revisão integrativa. A primeira correspondeu a definição do tema e a criação da questão norteadora; a segunda, originou quais os critérios de inclusão e de exclusão; a terceira, caracterizada pela busca dos dados na BVS a partir dos descritores; a quarta, gerou a categorização dos artigos e a avaliação dos mesmos com a criação do fichamento que foi desenvolvido através das informações exploradas e avaliadas; na quinta fase, foi realizada a análise criteriosa dos estudos selecionados; já na sexta e última, discutiu-se os resultados encontrados e concluiu a revisão (QUIJADA; FERNANDES; SANTOS, 2018).

Tanto os títulos e resumos dos estudos selecionados foram lidos e ao passo que não respondiam a questão norteadora da revisão foram excluídos. Aqueles que tanto o título ou o resumo foi considerado insuficiente para a sua seleção, tornou-se importante a leitura do texto na íntegra. Não foi necessário submeter a pesquisa à

avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos pelo fato de não envolver pessoas para a sua construção.

Sobre a primeira investigação, foram encontrados um total de 657.588 publicações e, ao utilizar os critérios de inclusão, restaram 6.775 artigos científicos. A figura a seguir ilustra um fluxograma com o quantitativo dos estudos até a fase final da revisão que complementa a tabela 2.

Figura 1 - Fases referentes à seleção dos artigos científicos significativos para a revisão integrativa



Fonte: A autora.

Ao fazer a leitura do fluxograma 1, o mesmo exibiu o quantitativo de estudos de acordo com as associações mais relevantes para responderem o objetivo da pesquisa que são elas: Espiritualidade AND Enfermagem AND Assistência Terminal, totalizou 157 artigos científicos, entre Espiritualidade AND Enfermagem AND Terminalidade, 42 artigos e entre Espiritualidade AND Enfermagem AND Oncologia, 22.

Como visto, a primeira busca nas bases de dados da BVS, foram identificados 221 estudos e embora este número seja razoável, restaram 40 publicações para análise, sendo 20 encontradas na plataforma da MEDLINE, 10 da LILACS e 10 da Bdenf. Feitas as leituras de títulos e resumos, 15 artigos foram eleitos para análise do texto na íntegra (MEDLINE:07; LILACS:05; Bdenf:03). Mantiveram 07 estudos para a etapa final da revisão integrativa, pois foram excluídos aqueles que não correspondiam ao objetivo definido para a pesquisa.

Além disso, foram eliminadas as publicações em duplicidade; na qual uma estava repetida entre os descritores da associação “Espiritualidade AND

Enfermagem AND Assistência Terminal” que foram encontradas nos bancos da LILACS e da MEDLINE. Entre “Espiritualidade AND Enfermagem AND Oncologia” outro artigo estava duplicado na Bdenf e na LILACS. Já na combinação de “Espiritualidade AND Enfermagem AND Terminalidade”, um artigo apresentou-se tanto em português quanto em inglês, sendo contabilizado apenas uma vez. Logo, foram apontados como irrelevantes para a etapa final.

Depois de ler todos os artigos selecionados foi criado um instrumento composto por título, ano de publicação, autores, tamanho da amostra, objetivos e as conclusões das pesquisas, lembrando que todos apresentavam a concepção de espiritualidade para os profissionais de enfermagem, que estão em síntese na tabela 3.

Tabela 3 - Análise dos dados coletados dos artigos leitos para a revisão integrativa

Título	Ano	Autor	Amostra	Objetivos	Conclusões
The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring.	2015	Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Han CY, Hsiao YC	Total de 619 enfermeiros de três hospitais de ensino de Taiwan.	Explorar o impacto da saúde espiritual singular dos enfermeiros em suas atividades referente ao cuidado espiritual, o que compromete o profissional e o cuidado.	O estudo indicou que a saúde espiritual dos enfermeiros deve ser considerada como um importante valor e sistema de crenças que pode afetar seu desempenho profissional.
Whose role? Oncology practitioners' perceptions of their role in providing spiritual care to advanced cancer patients.	2015	Rodin D, Balboni M, Mitchell C, Smith PT, Vanderweele TJV, Balboni TA.	Total de 339 profissionais entre médicos e enfermeiros oncológicos de quatro centros de tratamento de câncer em Boston.	Determinar como enfermeiros e médicos com especialidade em oncologia reconhecem o seu papel no cuidado espiritual, quais os fatores que influenciam a percepção e como a crença afeta o fornecimento desse cuidado.	Os enfermeiros foram mais propensos a fornecerem os cuidados espirituais comparadas aos médicos. Sobre o papel dos médicos em promover o cuidado espiritual está atrelado às questões religiosas e espirituais que são ainda, preditivas de prover o CE para os seus pacientes. O treinamento em cuidado espiritual pode favorecer no aumento de seu fornecimento.
Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros.	2016	Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC.	40 enfermeiros assistenciais de um hospital que atende pacientes oncológicos em cuidados paliativos no município de João Pessoa.	Sob o ponto de vista dos enfermeiros, o objetivo do estudo, se pauta em compreender a espiritualidade ao cuidar de pacientes em regime de cuidados paliativos.	Conclui-se que os enfermeiros reconhecem a relevância da dimensão espiritual ao assistirem os pacientes em cuidados paliativos, porém ainda há um despreparo para lidar com as questões espirituais.
Percepção de equipe de enfermagem sobre espiritualidade nos cuidados de final de vida.	2016	Silva BS, Costa E, Gabriel IGSPS, Silva AE, Machado RM.	Total de 20 profissionais; 05 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem do setor de oncologia de um hospital de grande porte de uma cidade do sudeste brasileiro.	Investigar a percepção da equipe de enfermagem relacionada à espiritualidade no âmbito dos cuidados de finitude de vida.	Apesar da equipe de enfermagem apresentar boa aceitação diante da morte, a espiritualidade é incipiente, existindo despreparo para lidar com a dimensão espiritual dos seus pacientes em finitude de vida, o que torna importante que se inclua o tema nos currículos das graduações e cursos técnicos em enfermagem, que desenvolvam mais estudos na área visando sensibilizar e capacitar esses profissionais.
Palliative care nurses' spiritual caring interventions: A conceptual understanding.	2017	Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M.	42 enfermeiros de cuidados paliativos de uma das sete principais unidades de saúde de cuidados paliativos na região metropolitana de Sydney, Austrália.	Investigar o cuidado espiritual desenvolvido pelos enfermeiros durante os cuidados paliativos, além de esclarecer sobre as suas intervenções.	O estudo resultou em três categorias de subtemas e quatro conceitos principais de cuidado espiritual. As categorias identificadas foram: intervenções humanísticas, pragmáticas e religiosas; enquanto os conceitos: "estar com", "ouvir", "facilitar" e "participar". Por fim, reconheceu uma compreensão do conceito do cuidado espiritual.
Espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado do usuário oncológico: olhar do enfermeiro.	2017	Siqueira HCH, Cecagno D, Medeiros AC, Sampaio AD, Rangel RF.	Total de 10 enfermeiros que exercem suas atividades em oncologia de um Hospital de Ensino de Pelotas.	O objetivo envolve a análise da espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado do usuário oncológico sob o olhar do enfermeiro.	A espiritualidade é uma das dimensões constituintes da multidimensionalidade do ser humano que necessita ser estudada, compreendida e aplicada nas ações do processo saúde-doença-cuidado. Devendo ser incluída na formação do profissional enfermeiro, além de discussões e aprofundamento em todos os cenários da prática profissional da Enfermagem e na saúde em geral.
Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar.	2018	Arriera ICO, Thofehm MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB.	Total de 06 profissionais do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico vinculado ao Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas.	Compreender sobre a experiência vivenciada da espiritualidade no cotidiano da equipe interdisciplinar em cuidados paliativos.	A espiritualidade valorizada pelos profissionais juntamente com os pacientes trouxe sentido ao seu trabalho em cuidados paliativos. Evidenciou-se um facilitador na formação de vínculos entre a equipe, seus pacientes e familiares.

Fonte: A autora.

A partir da releitura e análise dos artigos mencionados acima, a seguir são elencadas as categorias para a discussão dos resultados da revisão integrativa.

3.1.4.1 **Assistência de enfermagem na oncologia; cuidado espiritual**

A saúde espiritual da enfermagem precisa ser encarada com um relevante valor que pode afetar o desempenho profissional, refletir em melhores práticas, promover o equilíbrio espiritual dos envolvidos, além de contribuir no bem estar conjunto (CHIANG et al., 2015).

Dessa forma, o profissional da área da saúde quando se utiliza do artifício da dimensão espiritual, pretende alcançar o seu bem estar devido a espiritualidade estar interligada ao sentido, sentimento de satisfação e prazer no seu ambiente de trabalho (SILVA FILHO; FERREIRA, 2015; SALUM et al., 2017).

Um estudo específico avaliou entre médicos e enfermeiros, qual classe era a mais propensa a fornecer os cuidados espirituais aos seus pacientes, e constatou a enfermagem como a mais propícia (RODIN, et al., 2015). Isso pode ser justificado por outro estudo que considera a enfermagem uma profissão que desenvolve o cuidado mais direto ao paciente, apresenta um olhar holístico que contemple diversas dimensões como biológica, social, psicológica e especialmente, a dimensão espiritual. É nesta perspectiva que compreende-se que a espiritualidade é essencial para uma assistência qualificada (EVANGELISTA et al., 2016a).

O mesmo estudo identifica a espiritualidade como fonte de conforto, força e fé. E que, a partir do momento que essa dimensão é cativada entre os pacientes em processo de morte, reflete em melhorias no seu quadro clínico e facilita a aceitação da sua condição de finitude (EVANGELISTA et al., 2016a).

Em consonância, há estudos que trazem evidências de que os profissionais que aceitam a morte de seus pacientes assistidos com maior facilidade são aqueles considerados espiritualizados. Tornam-se capazes de reduzir ou até mesmo, cessarem a dor, a angústia e o medo remanescentes diante do insucesso de salvar vidas sob os seus cuidados (SILVA et al., 2016).

Outras pesquisas fortalecem informações discutidas por diversos autores e concepções ao apoiarem a ideia de que a espiritualidade é uma dimensão referente às experiências dos seres humanos. Na qual se expressam pela busca interior e profunda do ser pessoal e pelo significado, baseados nos seus princípios, valores e

crenças que possibilitarão restaurar o real sentido da vida, possibilitar a relação entre o Divino, o meio externo e consigo mesmo (SIQUEIRA; CECAGNO; MEDEIROS, 2017).

O que corrobora com o estudo de Arrieira, Thofehrn, Porto (2018), que intensifica que as práticas de orações e a prestação de assistência realizadas de maneira integral, são consideradas recursos terapêuticos essenciais para proporcionar conforto, sobrevida digna e humanizada diante à morte, além de auxiliar os profissionais e pacientes a entenderem o processo de morte, ao buscar um sentido para o sofrimento advindo da sua enfermidade.

3.1.4.2 Espiritualidade na formação profissional do enfermeiro

O cuidado espiritual como uma dimensão pertencente da assistência holística de enfermagem, inserido no ambiente dos cuidados aos pacientes em finitude de vida, pode beneficiar o seu ambiente de trabalho e outros ambientes, como também favorecer a educação e a formação profissional (RONALDSON et al., 2017; SIQUEIRA et al., 2017).

É importante relatar que os recursos tecnológicos estão mais aprimorados atualmente, mas em contrapartida, podem refletir em uma redução da sensibilidade sobre os sentimentos dos seres humanos e comprometer a relação entre os profissionais da saúde e seus pacientes.

Se fazendo importante incluir nas disciplinas curriculares a espiritualidade na formação de profissionais na área da saúde, pois estes no campo de prática, já terão conhecimento e ambiência sobre os aspectos espirituais para o planejamento e condução de suas ações, o que favorecerá tanto a formação profissional quanto a pessoal.

Então, inserir uma disciplina que aborde a temática da espiritualidade durante o cuidado à saúde, pode direcionar futuros profissionais mais sensíveis e, capazes de compreender as necessidades de seus pacientes no momento do processo saúde-doença. Logo, a valorização da espiritualidade como um recurso em prol da melhoria na qualidade do cuidado vai de encontro à desumanização do sistema de saúde atual (REGINATO; BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

No contexto da contemporaneidade, é imprescindível a criação de projetos que envolvam a espiritualidade no âmbito da saúde desde a graduação à pós

graduação, pois objetivam o desenvolvimento de uma assistência mais humanizada com valorização da dimensão espiritual, a qual é considerada um horizonte promissor (OLIVEIRA, 2017). Consequentemente, envolver conversas sobre a morte e o seu processo associados à valorização da espiritualidade, traz amparo e conforto aos envolvidos.

Destarte, a revisão integrativa tornou possível comprovar que a espiritualidade é uma temática que reflete em melhores práticas de enfermagem ao paciente em situação de morte iminente, em especial, oncológico. Além disso, é um importante contribuinte para o campo científico, pois amplia o conhecimento e intensifica as atividades profissionais ao envolverem a dimensão espiritual durante a prestação da assistência à saúde.

3.2 REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL DE LEV SEMIONOVITCH VYGOTSKY

Justifica-se o referencial de escolha visto que o mesmo orienta teoricamente o processo de desenvolvimento do sentido durante a primeira abordagem e a construção do significado de espiritualidade após a conclusão do processo intitulado, de internalização.

Lev Semenovitch Vygotsky, nascido na cidade de Orsha na Rússia em 17 de novembro de 1896, foi membro de uma família judia e o segundo dos oito irmãos. Sua família apresentava uma situação financeira confortável. A mãe formou-se em pedagogia, porém não exercia a profissão e seu pai, foi chefe de departamento em um banco e representante de uma companhia de seguros (OLIVEIRA, 2009).

A sua casa era intelectualizada e dispunha de uma biblioteca de seu pai. A mesma ficava à disposição de todos os residentes inclusive, amigos da família para estudos e reuniões em grupo. E por ter crescido nesse ambiente que estimulava o intelecto, desde muito novo, Vygotsky, apresentou interesse por estudos sobre várias áreas do conhecimento. Seu estudo formal foi realizado em casa e apenas aos 15 anos de idade que pode ingressar em um colégio privado onde formou-se em 1913 (OLIVEIRA, 2009).

Após sua formação no ensino médio, cinco anos depois que ingressou na Universidade de Moscou, formou-se em direito. E no período da graduação, o mesmo frequentava os cursos de história e filosofia da Universidade Popular de

Shanyavskii. Foi então que pôde se aprofundar em conhecimentos da área da psicologia, filosofia e literatura o que influenciou o percurso de sua vida profissional. E após alguns anos de formado, com curiosidade em entender o pensamento psicológico do ser humano, graduou-se também em medicina (OLIVEIRA, 2009).

Além de professor, foi um importante pesquisador nas áreas de filosofia, pedagogia, literatura, psicologia, deficiência física e mental e na área da pedologia que é a ciência da criança que busca o desenvolvimento humano. Foi responsável ainda, por aproximadamente, 200 trabalhos científicos que abordavam desde a neuropsicologia à crítica literária da época (OLIVEIRA, 2009).

Casou-se com Roza Smekhova em 1924 e teve duas filhas. E aos 37 anos, faleceu de tuberculose, doença que foi diagnosticada aos 24 anos, em 1920. Sua morte prematura e seu expressivo volume de produção científica marcou o estilo de seus textos que são densos, com muitas ideias e reflexões filosóficas (OLIVEIRA, 2009).

Levy Vygotsky fez parte de um grupo de jovens intelectuais pós Revolução, buscando construir uma “nova psicologia”. De um lado, a psicologia como ciência natural, psicologia experimental, que procurava explicações frente aos processos elementares sensoriais e de reflexão, considerando o ser humano basicamente como corpo. E do outro, a psicologia como ciência mental, a qual defendia o ser como sendo mente, consciência e espírito, processos psicológicos superiores (OLIVEIRA, 2009).

Conhecido como um estudioso sócio-histórico e sócio-interacionista, propôs a Teoria Histórico-Cultural que atribui o desenvolvimento do conhecimento do ser humano aos processos de interações do sujeito com o meio social (BORTOLANZA; RINGEL, 2016). Já em relação às origens do pensamento consciente e abstrato teriam que existir mediante à interação entre o organismo e as condições da vida social, nas formas histórico-sociais de vida dos seres humanos e não como a maioria acreditava no mundo considerado sensorial do ser.

Que não adiantava procurar pela subjetividade do ser humano sem aproximá-lo do contexto histórico-cultural, justificado pelo fato de não ter um porquê do indivíduo agir e sentir de certa maneira que normalmente, não estará só no seu interior, mas na relação desse com o mundo externo. É preciso refletir o mundo externo do interno dos seres a partir da sua interação com a realidade vivida (VYGOTSKY, 2010).

Dentre a ideia de humanização do autor russo, faz-se presente a utilização de instrumentos e cultura na esfera social. Apoiado na ideia que o indivíduo evolui na medida que os sentidos e os significados são construídos e transformados (COSTAS; FERREIRA, 2011).

Ademais, a esclarecer sobre a escolha do referencial teórico da teoria de Vygotsky, o filósofo identificou dois níveis de desenvolvimento da mente; um relacionado às conquistas já alcançadas pelo indivíduo, o qual é definido como o nível de desenvolvimento real, e o outro, conceituado como o nível de desenvolvimento potencial, referindo-se à capacidade em alcançá-las.

Ambos os desenvolvimentos são intermediados pela Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP). E para consolidar as capacidades humanas, é importante ter a contribuição de outros seres que sejam mais experientes. (VYGOTSKY, 1998; ARRIEIRA, 2009).

A fundo, a ZDP, é a distância entre a capacidade do ser humano realizar algo de maneira autônoma, o que representa o nível de desenvolvimento real. E o que faz em parceria com outros integrantes de um grupo social, o nível de desenvolvimento potencial (VYGOTSKY, 1998; ARRIEIRA, 2009).

Para se alcançar o desenvolvimento real é necessário internalizar o conhecimento. Esse processo é considerado interpessoal transformado em intrapessoal, ou seja, as funções de desenvolvimento intelectual acontecem a partir de dois níveis, o social baseado na interação entre seres humanos e o individual referindo-se ao interior de cada ser. Assim, as funções superiores são originadas de relações entre seres humanos e por meio de instrumentos (VYGOTSKY, 2007, p.41; NEGRÃO et al., 2018).

O que possibilita inserir os níveis de desenvolvimento no campo da pesquisa por meio da interação entre a pesquisadora e os depoentes, que induz a criação da ZDP, estimulando o desenvolvimento potencial dos profissionais a partir da mediação com a aplicação do instrumento escrito que aborda a temática de espiritualidade. Promove o desenvolvimento real e contribui para a construção do sentido e significado coletivo de espiritualidade para a equipe de enfermagem.

A internalização conforme Vygotsky ocorre a partir da utilização de processos de mediação e pela interação social o que permite estimular o desenvolvimento da função psíquica intrapessoal, considerado singular. Nessa perspectiva, o ser humano consciente se desenvolve por meio de conquistas e de conhecimentos

influenciados historicamente que se iniciaram pelas relações sociais e sistemas simbólicos que são os pensamentos e a linguagem (THOFEHRN, 2005).

Para Vygotsky (2000), a partir do momento que a linguagem, elemento determinante para a evolução do pensamento humano é internalizada, transforma-se na base do pensamento, o que irá favorecer novas relações com o meio externo, propiciando um trabalho produtivo. Assim, a linguagem age como aperfeiçoamento pela utilização de instrumentos.

Essa internalização, como dita anteriormente, está relacionada à função psíquica superior, que excede o acúmulo de conhecimento, se responsabiliza pelo aprimoramento do pensamento, desenvolve sentimentos e vontades, e também influencia a capacidade de argumentação (BAQUERO, 2001, p.34).

Posteriormente a esse processo, dispendo-se do método dialético do referencial Vygotsky, os signos são organizados em estruturas complexas e conectadas (THOFEHRN, 2005). Estes por sua vez, agem como instrumentos da atividade psíquica como ideias, vontades, sentimentos que são fundamentados pelo contexto histórico-cultural o que determina uma experiência pessoal e única (VYGOTSKY, 1998, p.70).

Considerado o ser humano um sujeito interativo por adquirir conhecimentos por intermédio das relações intra e interpessoais, é na troca de experiências e conhecimentos com o outro e consigo mesmo, que se internaliza de fato, o conhecimento e seu papel na sociedade, viabilizando a conquista pelo próprio conhecimento e consciência. Então, entende-se que o conhecimento do indivíduo está relacionado a um processo que vai do plano social, das relações interpessoais para o plano individual, das relações intrapessoais (VYGOTSKY, 1998).

Assim, entende-se que no decorrer do desenvolvimento humano, as origens das modificações que acontecem no indivíduo estão interligadas aos seus princípios, sociedade em que vive, sua cultura e história de vida (VYGOTSKY, 1998).

Portanto, durante a trajetória do indivíduo, o mesmo se relaciona com outros na busca pela compreensão do modo de compor o seu próprio mundo. Para Lev Vygotsky, os seres não nascem integrados ao contexto externo, mas integram-se, gradativamente, por meio das palavras, da linguagem em si (COSTAS; FERREIRA, 2011).

Em vista disso, o processo de construção de conhecimento para o filósofo diz respeito à linguagem que é um facilitador para a formação do sentido e

consequentemente, do significado pelo ser humano após a internalização do conhecimento (LAMPREIA, 1999).

E, na perspectiva da sua teoria, referente à linguagem, é importante destacar que existe uma diferença entre sentidos e significados. Sendo o sentido compreendido com caráter provisório, de instante, que pode apresentar novo sentido por depender de cada situação. Portanto, não tem a estabilidade que um significado apresenta, porque pode sofrer mudanças sempre que trocarem os interlocutores das relações e os eventos. Conforme a linguagem transmitida pelas palavras, o sentido está propenso a se modificar devido ao ambiente social e a interação entre pessoas, como se dão as evoluções de um grupo o que o torna inconstante, mas que busca pela estabilidade (COSTAS; FERREIRA, 2011).

Logo, quando se procura o sentido de algo após uma leitura, a interpretação e a reflexão são consideradas ações cuja hipótese básica é a linguagem. Por exemplo: um ser silenciado realiza uma leitura de acordo com a sua história, a partir do momento que se utiliza da linguagem, tal leitura apresenta novos significados, a torna mais enriquecedora e ampliada. O que comprova que a interação estabelece um importante elemento para uma leitura que vai além, que amplia as possibilidades no seu processo de se construir como sujeitos (COSTAS; FERREIRA, 2011).

A teoria vygotskyana baseia-se, portanto, na mediação, processo de intermédio entre um elemento com o indivíduo numa relação, na qual a criação de conhecimentos verifica-se por meio de ferramentas mediadoras (LAMPREIA, 1999).

Em consonância, as ações realizadas pelos seres humanos, pertencem ao domínio de instrumentos de mediação. Isso justifica-se pelo fato de os seres não serem meramente ativos, mas sim, interativos por relações intrapessoais e interpessoais, que os possibilita constituir e desenvolver conhecimentos. Nessas relações, seja com outros seres ou consigo mesmo, que ocorre a internalização do conhecimento e papéis sociais. Esse processo vai do plano social, que se refere às relações interpessoais ao plano individual, as relações intrapessoais (VYGOTSKY, 2000).

Ainda segundo Vygotsky, a mediação pode ser utilizada tanto nas relações inter quanto nas intrapessoais, a qual consiste na capacidade que o sujeito apresenta em transformar o meio que se insere, meio social e físico, desenvolvendo uma relação dialética com o todo. Também pode vir a se transformar pelo fato de

encontrar-se em uma interação recíproca e constante, entre si e com o outro (VYGOTSKY, 2000).

. Em vista disso, a compreensão da mediação é necessária, pois é por meio dessa ferramenta que as funções psíquicas superiores se desenvolvem. Justificado pela relação do sujeito com o meio externo não ser uma relação direta, mas sim, uma relação mediada por ferramentas das ações dos seres humanos (VYGOTSKY, 2000).

Nesta pesquisa, a mediação ocorrerá através dos conhecimentos prévios da pesquisadora sobre a temática e de artefatos mediadores que serão instrumentos aplicados na produção de dados.

Na primeira abordagem, ao buscar identificar o sentido de espiritualidade para a equipe de enfermagem participante do estudo, achou-se pertinente a aplicação do roteiro previamente estruturado, em vista que o sentido é considerado instável pelo referencial teórico. Já no segundo momento, após a reflexão da ficha de leitura e do roteiro, durante o período destinado à internalização do conhecimento frente à espiritualidade, foi aplicado um novo roteiro, sendo este, semiestruturado para o alcance da construção do significado para a equipe.

Ao fazer um paralelo, para que se ocorra a internalização pessoal do conhecimento diante à espiritualidade, é necessário um intervalo proposital em prol do amadurecimento das ideias trabalhadas. Que por meio da Zona de Desenvolvimento Proximal dos profissionais possibilitou significarem a espiritualidade frente à assistência ao paciente oncológico em processo de morte.

Então, para favorecer o trabalho da equipe de enfermagem, a corrente construtivista do pensamento baseada nas ideias de Vygotsky, contribuiu para tal. Pelo fato de o construtivismo, movimento consolidado no século XX, apoiar o desenvolvimento do conhecimento sob a interação entre sujeito e meio social, pressupor uma visão ampla integradora e holística. Baseia-se na mudança e na transformação, supera desequilíbrios e visa o alcance de níveis estruturais qualitativos e superiores (THOFERN, 2005; PINA-JIMENEZ; AMADOR-AGUILAR, 2015), o que se torna possível atingir o transcendental que a espiritualidade abrange.

Dessa maneira, para o alcance do objetivo da pesquisa, tendeu-se aproximar os profissionais do seu interior já formado a partir do contexto histórico-cultural

conduzindo-lhes para o seu mundo externo, ao conhecer o sentido da espiritualidade e permiti-lhes construir o significado da mesma.

Portanto, a escolha pelo referencial teórico Histórico-Cultural de Vygotsky, se deve ao fato de que para se desenvolver um significado coletivo, é preciso compreender o sentido individual e este esclarece tal fenômeno.

4 MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. A metodologia qualitativa responde as questões peculiares, subjetivas e relacionais da realidade social, por considerar que o ser humano além de agir, pensa sobre o que faz, interpreta suas ações a partir da realidade vivenciada e partilhada com outros seres humanos (MINAYO, 2013; TAQUETTE, 2016).

A abordagem qualitativa é convergente com a abordagem construtivista, corrente do pensamento utilizada nesta investigação. Esta abordagem torna relevante a realidade que não se pode quantificar pelo fato de trabalhar com o universo de sentidos e significados, apoiada pelas ideias defendidas pelo referencial teórico, Vygotsky.

O caráter descritivo envolve análise com descrições, classificações e interpretações dos dados, trata de uma análise mais profunda e justifica-se por envolver o desenvolvimento do significado de espiritualidade que tem por objetivo interpretar o fenômeno objeto da pesquisa. Juntamente com a abordagem qualitativa, é possível alcançar o resultado a partir do entendimento aprofundado da realidade (FERNANDES et al., 2018).

Já a pesquisa de cunho descritivo exige um planejamento minucioso diante a definição dos métodos e técnicas para a realização da coleta e análise dos dados, o que torna fundamental as informações colhidas de outros estudos exploratórios.

Esses, buscam oportunizar maior familiaridade com a questão norteadora, ao potencializar o conhecimento do pesquisador diante do tema proposto (FERNANDES et al., 2018).

Qualitativamente, o sujeito se caracteriza como complexo no seu contexto social e histórico, provido de sua essência interior e de uma estrutura social externa (BOURDIEU, 1983; MINAYO, 2017).

Conforme Elias (1994), a comunidade social é considerada como redes de interações, nas quais o convívio entre os seres acontece inter-relacionado configurando as identidades pessoais e sociais. Um exemplo é quando se entrevista um integrante de um grupo, seu relato será ao mesmo tempo, pessoal e coletivo.

Em relação à amostra de uma pesquisa de caráter qualitativo, essa deve ter relação com a dimensão do objeto ou da questão norteadora da mesma, sempre associada com o grupo de escolha para se aplicar o roteiro estruturado ou

semiestruturado. Dessa forma, cabe mencionar que qualitativamente, a ciência se desenvolve por aproximações (BACHELARD, 1990; MINAYO, 2017), sendo as investigações do estudo, contínuas, e que podem se aprofundar no futuro com o mesmo autor ou não.

Ainda sobre o referencial teórico-metodológico, Vygotsky considera que a comunicação entre seres humanos é um processo complexo e singular, porque equivale as manifestações do sistema de linguagem e de pensamento. Tais são conduzidos por signos, isto é, sentimentos, ideias, vontades e que são influenciados pelo contexto sociocultural, que indica experiências de cunho pessoal (VYGOTSKY, 2000).

Portanto, compreende-se que a comunicação não é mecânica, mas sim, um processo psicológico e mental, que emite e recebe mensagens, conforme o estado emocional, os fatores ambientais (externos) e socioculturais. O processo de aprendizagem envolve questões subjetivas dos seres, seus agentes sociais e culturais, e ocorre a partir da construção do conhecimento (VYGOTSKY, 2000).

Dessa maneira e de acordo com Solé e Coll (2001), o aprender configura-se em uma representação particular humana sobre uma realidade ou um conteúdo que acarreta aproximar o ser do objeto pelas experiências, desejos, interesses e pelos seus próprios conhecimentos prévios. Há então, a alteração do que já se conhece com a interpretação do inédito, que irá resultar na aprendizagem significativa, ou seja, real. É quando se constitui um sentido próprio para o que já existe, portanto, é alcançada a ZDR referente às concepções de ideias de Vygotsky (THOFEHRN, 2005).

Outro autor, Arce (2000), esclarece que aprender acontece durante o cotidiano dos seres humanos, equivalente à elaboração singular, partindo do pressuposto de que não se copia uma realidade, e sim, a desenvolve por meio das representações íntimas de cada um.

A aprendizagem então é consequência das interações dos sujeitos com outros sujeitos, com o meio e pelas ferramentas mediadoras, posteriormente a um processo de negociação entre o que provém do meio externo e interior de cada ser. Não refere-se somente a um processo de acúmulo de conhecimentos inovadores, “mas a integração, modificação, estabelecimento de relações e coordenação entre esquemas de conhecimento que varia, em vínculos e relações, a cada

aprendizagem que realizamos” (LEITÃO; OSORIO, 2014; SOLÉ; COLL, 1999, p. 20).

Portanto, a atual pesquisa, se orienta, pelos significados, perspectivas e interações entre o público alvo e os fatos decorrentes durante a comunicação nas abordagens.

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de investigação, uma instituição que presta serviços em oncologia, localizada em um município da Zona da Mata Mineira, referência na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer denominada Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora (ASCOMCER).

É uma entidade civil de caráter filantrópico e sem fins lucrativos. Considerada resultado da Primeira Convenção Brasileira das Organizações de Voluntárias Femininas de Luta Contra o Câncer, que aconteceu em julho de 1962 no Rio de Janeiro, fundada em 1963 por Maria José Baeta Reis que foi diagnosticada com câncer de colo de útero e sobreviveu ao tratamento.

A instituição foi inaugurada no município de Juiz de Fora em 1988 e atualmente, se destaca na assistência hospitalar na área oncológica da cidade e região, destinando 94% de seu atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), e os outros 6%, direcionados aos pacientes de planos de saúde e particulares.

Possui um total de 71 leitos para internamentos, sendo 09 apartamentos particulares e convênios e 62 destinados à pacientes oriundos do SUS, dentre os quais: 05 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 05 para a Pediatria, 28 para tratamento clínico e 24 para internação pós-cirúrgica.

Também presta atendimentos ambulatoriais de diagnóstico e prevenção como ultrassonografia, mamografia, patologia clínica e exames preventivos de câncer de colo uterino e de mama; além de realizar tratamentos especializados em radioterapia, atendendo em média 1.500 pacientes por mês e quimioterapia, com média de 3.000 atendimentos mensais. E diante do quadro de profissionais, especialmente, enfermeiros, há um quantitativo de 13 enfermeiros assistenciais e 01 enfermeira Responsável Técnica. E técnicos de enfermagem, 80 no total.

Referente à carga horária de trabalho do turno diurno é de diarista de segunda a sexta-feira intercalado com um plantão de 12 horas a cada 15 dias nos finais de semana, e embora o turno noturno, não seja público alvo da pesquisa, ao visar caracterizar o cenário de investigação, este segue a escala de 12 horas por 36 horas. Ambos prestam assistência à pacientes em morte iminente devido ao rodízio entre setores que é realizado na instituição.

Do total de enfermeiros, seis participaram da pesquisa, por completarem o quadro de profissionais do turno diurno. E seis técnicos para manter igualitário ao quantitativo de enfermeiros selecionados para a pesquisa.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por profissionais que integram a equipe de enfermagem e prestam assistência direta ao paciente oncológico em processo de morte. A seleção foi intencional, não probabilística e totalizou doze participantes; seis enfermeiros e seis técnicos de enfermagem.

Embora a primeira etapa tenha sido composta pelos 12 profissionais, na segunda, um participante foi desligado da instituição no período predestinado para a internalização do conhecimento sobre a temática de espiritualidade.

Esses profissionais eram lotados nos setores de Quimioterapia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico e Centro de Terapia Intensiva. Ambos atuantes no turno diurno. Participaram os profissionais da equipe de enfermagem de ambos os sexos e que trabalhavam na instituição hospitalar com período superior a um mês.

A justificativa do quantitativo para a amostra se pautou pela escolha por trabalhar com a abordagem qualitativa que envolve a intensidade dos fenômenos e a dimensão sociocultural que se manifesta pelas crenças, valores, opiniões, representações, simbologias e comportamentos em que ambos provêm de cientificidade (KANT, 1980; MINAYO, 2017; ONWUEGBUZIE; LEECH, 2007).

4.2.1 Critérios para seleção dos participantes

A seguir serão apresentados os critérios definidos para a seleção dos participantes deste estudo.

4.2.1.1 Critérios de inclusão

- Compor a equipe de enfermagem que presta assistência direta ao paciente oncológico em morte iminente;
- Exercer a função profissional no turno diurno na instituição de escolha para a pesquisa que fornece cuidados especializados em oncologia;
- Dispor de condições clínicas para responder aos instrumentos de pesquisa e permitir a gravação da entrevista semiestruturada.

A justificativa pela escolha de trabalhar com os profissionais do turno diurno, se deve ao fato de que no noturno o quantitativo da equipe de enfermagem é reduzido em comparação ao diurno. Quanto ao número de técnicos de enfermagem, este foi definido em consonância com o quantitativo dos enfermeiros elencados.

Além disso, os critérios de inclusão corroboram com alguns estudos ao comprovarem que os profissionais noturnos reduzem ou até mesmo, privam-se da quantidade de sono diária para efetuar afazeres pessoais do cotidiano o que pode comprometer habilidades motoras e cognitivas, funções metabólicas, fisiológicas, hormonais, imunológicas, o ritmo biológico, psicológicas, emocionais, a saúde e a própria qualidade de vida (ROSA et al., 2007; SILVA, 2017).

É pertinente destacar que além desses impactos, há ainda, os possíveis problemas que podem afetar o convívio familiar e social do profissional. Justificado muitas vezes pelo profissional estar desenvolvendo suas atividades trabalhistas ou repondo o sono na contramão da sociedade e ter que se ausentar em diversas situações do cotidiano, o que pode comprometer a compreensão das necessidades de lazer que é essencial para o reestabelecimento da saúde física e mental do organismo (RODRIGUES, 1998; SILVA et al., 2013).

Dessa maneira, o trabalho noturno pode gerar prejuízos no desempenho de atividades laborais como também na vida pessoal e profissional. Mas, especialmente por interferir no convívio social, que se escolheu trabalhar com o turno diurno. Ao considerar o referencial teórico que apoia a ideia de que os seres humanos são seres influenciáveis pelo meio que se vive, pessoas que convive e por ferramentas mediadoras, os impactos provenientes do trabalho noturno podem vir a influenciarem na compreensão do sentido de espiritualidade e na construção do significado para a equipe entrevistada.

4.2.1.2 Critérios de exclusão

Estar de férias ou de licença à saúde no período das coletas de dados.

4.3 COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados, foram realizadas visitas à instituição de escolha com o intuito de conhecer os profissionais e selecioná-los, a partir da disposição, interesse e aceite. Portanto, a etapa da coleta de dados foi realizada mediante aos seguintes instrumentos de pesquisa durante duas entrevistas; roteiro estruturado antecedendo a disponibilização de uma ficha de leitura e o roteiro semiestruturado.

A pesquisa foi comunicada à diretora geral da instituição e autorizada pela mesma. Foi realizado contato prévio via ramal dos setores de atuação de cada enfermeiro em prol do agendamento para a entrevista. Os ramais foram disponibilizados pelos próprios enfermeiros e de acordo com o contato prévio da pesquisadora que explicou de forma objetiva sobre o que a pesquisa se tratava, a partir da demonstração de interesse em contribuir para a pesquisa, foi agendada uma data específica e horário para a coleta de dados.

Pessoalmente, respeitando o agendamento definido previamente com os enfermeiros via telefone, durante a entrevista os mesmos indicaram os técnicos de enfermagem para participarem também. Todos foram esclarecidos sobre a pesquisa e a partir da demonstração de interesse, foi definido um local tranquilo e confortável para cada profissional na instituição, em prol de contribuir para as respostas do roteiro de maneira consciente e que favorecesse a compreensão da pesquisa.

Portanto, a primeira etapa referente à entrevista estruturada foi desenvolvida a partir da abordagem individual mediante a aplicação de um roteiro previamente estruturado (APÊNDICE A), em fevereiro de 2019.

Após responderem o primeiro roteiro, foi disponibilizada uma ficha de leitura considerada como uma ferramenta mediadora desenvolvida baseada na produção científica “Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer” que forneceu subsídios para melhor compreensão de espiritualidade (APÊNDICE D), a fim de alcançar o aperfeiçoamento e internalização do tema espiritualidade, aos participantes.

A ficha de leitura fundamentou-se no artigo de 2009, desenvolvido por meio de um estudo realizado no Sul do Brasil com profissionais da equipe de saúde do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico que buscou a construção do significado de espiritualidade para tais profissionais. Sendo possível pela troca de experiências entre os participantes e oportunidade de discutirem sobre a temática (ARRIEIRA, 2009).

Logo, pôde-se comprovar a importância de incluir essa dimensão no processo de trabalho na assistência à saúde, especificamente ao paciente com diagnóstico sem possibilidades científicas de cura. O que torna fundamental destacar que o estudo comprova que a colaboração e sensibilização dos membros da equipe de saúde multiprofissional, favorece a qualidade da assistência, viabiliza um modelo mais humanizado e reflete no bem estar geral. Assim, é validada a relevância da atual pesquisa.

Posteriormente a reflexão da temática proposta na primeira abordagem, foi programado um retorno da pesquisadora à instituição, em novembro de 2019, para a aplicação do roteiro semiestruturado baseado em questões distintas e complementares ao primeiro (APÊNDICE B) que foram gravadas e transcritas na íntegra. Respeitou-se ainda, o período de internalização do conhecimento dos participantes promovido pela ficha de leitura, conceituado por Vygostky como o momento de absorção e aperfeiçoamento.

Portanto, alicerçado pela aplicação de entrevista semiestruturada realizada junto à equipe de enfermagem que tornou possível a construção do sentido de espiritualidade. E no segundo momento, após a possível internalização buscou-se o novo sentido de espiritualidade promovido pela interação com a pesquisadora, ficha de leitura e reflexão das questões do primeiro roteiro, alcançou-se a construção coletiva do significado de espiritualidade pelos profissionais diante do cuidado ao paciente oncológico em processo de morte, e além disso, buscou-se originar conhecimento teórico inovador. Vale destacar que foi garantido o anonimato dos participantes em todas as etapas.

Foi considerado perda o profissional participante da primeira entrevista que foi desligado da instituição no período destinado para a internalização do conhecimento sobre espiritualidade. Não sendo disponibilizado o seu contato pela equipe de trabalho para uma possível tentativa de agendamento de dia, horário e local para a realização da segunda parte da pesquisa.

Como recusa, o profissional de enfermagem que não aceitou participar do estudo. Ao final da coleta de dados não houve nenhuma recusa e apenas uma perda.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos estão presentes em todos os momentos do estudo, conforme previsto na Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos, bem como no Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, COFEN 564/2017. E ainda sob o parecer de número 3.065.750, substanciado do comitê de ética da Universidade Federal de Juiz de Fora. Todos os participantes foram esclarecidos sobre o estudo estão livres para participar ou não.

Os profissionais que aceitaram, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) em duas vias, em que uma ficou com o profissional participante e a outra, está arquivada com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos. No ANEXO A, consta a aprovação do Comitê de Ética para a realização da coleta de dados.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consta o esclarecimento dos objetivos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa; além de constar o telefone, endereço da pesquisadora principal e do Comitê de Ética que aprovou a pesquisa, para que caso sinta necessidade, o participante possa sanar as dúvidas sobre o projeto e sobre a sua participação a qualquer momento.

A participação foi voluntária e os profissionais foram devidamente orientados quanto à confidencialidade das informações pessoais, ao direito de recusa, bem como desistência na participação sem o risco de qualquer ônus.

Os dados pessoais não serão divulgados de forma a manter a confidencialidade dos sujeitos da pesquisa. Para garantir o anonimato, os participantes serão identificados por meio da letra "P" que significa profissional da saúde.

E visando diferenciá-los, cada um terá um numeral acompanhado da ordem das abordagens, sendo 1 para a primeira e 2, para a segunda entrevista. Como exemplo: P1.1 refere-se ao profissional 1, aquele que foi o primeiro a ser entrevistado

e na primeira abordagem; P1.2, continua sendo o primeiro profissional entrevistado na primeira abordagem, porém, o número 2, identifica o relato da segunda abordagem.

4.5 RISCOS DA PESQUISA

Esta pesquisa conferiu risco mínimo, uma vez que foram realizadas entrevistas para a aplicação de roteiros, leitura e reflexão de artigo científico disponibilizados no ato da entrevista, podendo evidenciar possível comoção ou surgimento de sentimentos dos participantes no momento de reflexão do assunto abordado. Entretanto, para reduzir as chances dos riscos considerados mínimos, as abordagens foram conduzidas em ambiente privativo que garantisse o anonimato do participante com respeito ao seu posicionamento, caso não desejasse responder a todos os questionamentos.

4.6 VALIDAÇÃO DOS DADOS

Para a etapa da validação da pesquisa de caráter construtivista, a autenticidade e a qualidade dos dados devem ser benéficas a todos os envolvidos. A efetivação desses requisitos foi realizada durante e no final de cada etapa juntamente com os participantes e respeitando as suas singularidades. Precauções foram planejadas com o objetivo de garantir a confiabilidade dos depoimentos.

Os resultados foram direcionados de forma que tornasse possível serem referência para outras realidades e contextos, por exemplo, que a espiritualidade não se restringisse apenas aos profissionais de enfermagem e nem aos que assistem pacientes oncológicos em processo de morte. Mas que se expandisse a toda e qualquer realidade na assistência à saúde.

Como já mencionado, a coleta dos dados ocorreu por intermédio de duas etapas e técnicas, a primeira baseada na entrevista estruturada e a segunda, semiestruturada. Seguidamente a transcrição de todos os relatos, os mesmos foram apresentados aos seus respectivos depoentes com vistas à validação dos depoimentos e continuidade da pesquisa.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após as abordagens com a aplicação dos roteiros e da ficha de leitura, as entrevistas foram transcritas na íntegra, agrupadas, classificadas de acordo com os conteúdos, respeitando as orientações metodológicas de Minayo, fundamentadas pelo referencial teórico Histórico-Cultural de Vygotsky e o conhecimento prévio da autora sobre o assunto proposto. Minayo orienta a análise dos dados ao desvelar e organizar os dados coletados que possibilita a pesquisadora aprofundar a sua análise e compreensão sobre o assunto em questão, além de correlacioná-los aos contextos culturais (MINAYO, 2006).

Assim, a análise temática dos dados obtidos após as abordagens, seguiram os passos operacionais preconizados por Minayo (MINAYO, 2010): primeiro, os dados foram ordenados, em seguida, a classificação dos mesmos e então, efetuada a análise final.

A fase referente à ordenação dos dados coletados compete ao mapeamento das abordagens realizadas com os enfermeiros e técnicos de enfermagem. Na classificação, por meio da leitura flutuante, isto é, o contato direto e aprofundado da pesquisadora com os dados obtidos para detectar as principais ideias, as quais possibilitaram revelar qual a base de confronto do material empírico diante de estudos já desenvolvidos com o tema proposto. Após a análise das etapas, foi possível concluir a análise final dos dados (MINAYO, 2010).

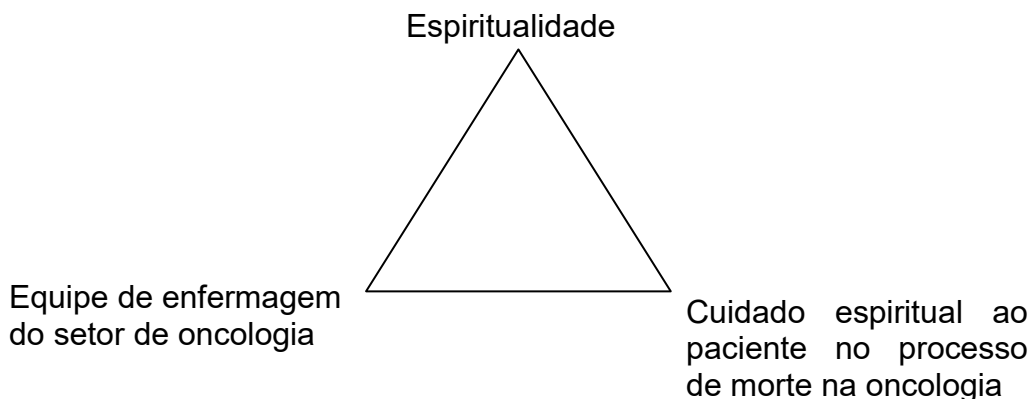
Portanto, posteriormente a aplicação dos roteiros, no processo de reflexão de ambos, a pesquisadora compreendeu os sentidos de espiritualidade para os integrantes da pesquisa. Numa contínua interpretação, tornou possível a construção do significado de espiritualidade para o público alvo, a equipe de enfermagem na assistência ao paciente oncológico em processo de morte, a partir do referencial da Teoria Histórico Cultural de Vygotsky e o referencial metodológico de Minayo. Dessa forma, fundamentadas pelas experiências dos depoentes e dos relatos, emergiram as categorias para a análise dos dados provenientes das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os relatos obtidos na primeira abordagem a partir da aplicação do questionário estruturado, no qual tornou-se possível conhecer a Zona de Desenvolvimento Potencial para então, promover a evolução através da Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) que de acordo com o referencial teórico, Vygotsky (1998), é o trajeto que o ser humano percorre para o desenvolver de suas funções mentais e que se encontram em fase de amadurecimento, isto é, no sentido do aperfeiçoamento do conhecimento. E que visa pela sua transformação e internalização alcançar as funções psicológicas consolidadas, ou seja, se estabelecendo na Zona de Desenvolvimento Real. Dessa forma, a ZDP, representa o domínio do conhecimento que está em constante transformação (THOFEHRN, 2005).

Cabe estabelecer, que as entrevistas e uma breve reflexão sobre um artigo científico entregue aos participantes serviram de ferramentas mediadoras favorecendo e atuando na ZDP de cada profissional de enfermagem, o que viabilizou compreender os sentidos para assim, atingir o objetivo da pesquisa que é construir o significado de espiritualidade para o público alvo. A seguir, a representação da ilustração do modelo triangular de Vygotsky que foi utilizado para a obtenção dos dados.

Figura 2 – Modelo triangular de Vygotsky adaptado para o atual estudo



Fonte: A autora.

Para a construção do significado, de acordo com o referencial teórico, Vygotsky, é fundamental definir o sujeito, o objeto, e a ferramenta mediadora pelo fato do desenvolvimento do conhecimento, no caso, a espiritualidade na enfermagem em oncologia ser composta por esses três elementos (THOFEHRN, 2005).

Neste estudo, o objeto de escolha concentrou-se no cuidado espiritual no processo de morte, já o sujeito, na equipe de enfermagem do setor de oncologia e a ferramenta mediadora, a espiritualidade. Então, a partir da ideia vygotskyana, pôde-se contribuir para alcançar o resultado dessa interação que é a valorização do cuidado espiritual por parte do sujeito.

A partir dos dados coletados emergiram as categorias que serão apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 4 - Categorias e subcategorias referentes à coleta de dados provenientes das abordagens com a aplicação dos roteiros estruturado e semiestruturado

Categorias		Subcategorias	
4.1 Sentido da morte para o profissional de enfermagem que vivencia o cuidado ao paciente oncológico	4.1.1	Morte como descanso do corpo físico	
	4.1.2	Morte como processo conflituoso	
4.2 Sentido da espiritualidade para o profissional de enfermagem diante do paciente oncológico em processo de morte	4.2.1	Espiritualidade traz sentido para a vida	
	4.2.2	Espiritualidade do profissional de enfermagem: autorreflexão	
	4.2.3	Espiritualidade como fonte de amor, empatia e compaixão	
4.3 Sentido da integralidade da assistência de enfermagem diante do processo de morte do paciente oncológico: cuidado espiritual	4.3.1	Presença de Deus no cuidado de enfermagem: religiosidade	
	4.3.2	Conforto proveniente do cuidado de enfermagem com ênfase na espiritualidade	
	4.3.3	Profissional de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico em processo de morte: espiritualidade enquanto estratégia de enfrentamento	
	4.3.3.1	Relações interpessoais através da escuta, interação e respeito	
	4.3.3.2	Cuidado espiritual traz dignidade para a morte	
	4.3.3.3	Espiritualidade no momento da despedida: melhora precedida da morte	

Fonte: A autora.

5.1 SENTIDO DA MORTE PARA O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM QUE VIVENCIA O CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Quando a morte passa a ser respeitada como processo biológico do ciclo da vida, pode deixar de ser reconhecida como algo que traz sofrimento tanto para o paciente quanto para os familiares. Alguns depoentes a entendem como descanso e alívio para as dores que a doença pode acarretar, dessa forma, o sofrimento que passa a ser evidenciado como algo que traz incômodo ao processo de morte, e não necessariamente, a ocorrência da morte em si, por isso o pensar da morte como a serenidade ao corpo físico (ARRIEIRA et al., 2016; GARANITO; CURY, 2016).

Porém, outros relatos evidenciam o momento do luto como um processo conflituoso, que pode desenvolver no profissional desgastes emocionais intensos (NUNES; ARAUJO; SILVA, 2016). As subcategorias adiante trazem essas duas perspectivas, diante do cuidado ao paciente oncológico em processo de morte.

5.1.1 Morte como descanso do corpo físico

Diante do diagnóstico de câncer, embora existam diversos recursos terapêuticos que objetivam a sua cura, o mesmo é visto como uma doença agressiva e incurável que leva ao final da vida. Sendo muitas vezes vivenciado por pacientes que alcançam o seu prognóstico de finitude da vida, quando se esgotam todas as possibilidades para beneficiar a continuidade da vida, considerando a ocorrência da morte provável e fatal (CAPELLO et al., 2012). Como no relato: “[...] o paciente já chega pra gente tendo a certeza que vai morrer só porque tem câncer. E não é um só, a maioria pensa assim”. (P1.2)

Ao se tratar da morte, o seu processo pode ser compreendido de várias formas, conforme os significados compartilhados pelas experiências, por sofrerem influências do contexto sócio, histórico e cultural. Torna-se relevante reconhecer a morte não como o fim, mas um processo natural da vida dos seres humanos, visto que o paciente é um ser sócio histórico. Assim, assistir o processo de morte de um paciente consiste em escutar, entendê-lo e respeitá-lo enquanto ser multidimensional (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Nesse contexto, existem profissionais da enfermagem, que diante das frequentes experiências, consideram o processo da morte na oncologia como

natural, sem sentimentos tão dolorosos, certeza da vida terrena (BENEDETTI et al., 2013; NUNES; ARAUJO; SILVA, 2016). A seguir, alguns depoimentos que confirmam esse posicionamento.

“[...] sendo esse processo [a morte] algo natural da fisiologia dos seres vivos”. (P1.1)

“A morte é inevitável, certeza que temos na vida [...] fim de um período que não temos precisão de quando acontecerá, mas que irá acontecer”. (P6.1)

“É um processo que ocorre desde o nascimento acionando o nosso relógio do tempo que não temos ideia de quando irá terminar. Mas que um dia vai acontecer e é natural de todos”. (P10.1)

“A única certeza que temos é que iremos morrer”. (P12.2)

“A morte é definida como o fim da vida material”. (P4.1)

“Considero o processo de morte como o processo do nascimento; com a certeza de que um dia iremos morrer sendo a partida para a vida eterna”. (P7.1)

Embora a morte seja reconhecida como um acontecimento vital, o seu processo é singular e pode ser a razão pela qual outros indivíduos apresentam dificuldade em saber lidar com o final da vida, o que determina a importância da subjetividade sobre o seu real sentido exercido na vida de cada um (BENEDETTI et al., 2013; LIMA et al., 2017). Conforme percebido no seguinte relato: *“[...] o seu processo (da morte) é intrínseco, então cada um vivencia de uma maneira né?” (P4.1)*

Nesse sentido, de ver a morte como descanso ao relacioná-la com a busca da cessação do sofrimento físico do paciente, reafirma-se a vida e a percebe como um processo biológico, mesmo sem acelerar ou postergá-lo (ARRIEIRA et al., 2016; GARANITO; CURY, 2016). Conforme os depoimentos de alguns profissionais:

Eu enquanto profissional me sinto aliviada sabe? Porque a gente lida com alguns pacientes sem chance de remissão ou mesmo, de cura da doença. E às vezes ele está em um sofrimento tão intenso que quando ele parte, a gente sente um certo alívio, foi um descanso mesmo. A gente se comove muito, a gente fica triste mais pela família e não pelo paciente em si, porque a situação pra ele estava sendo muito sofrida, dolorida mesmo, entende? [...] Um exemplo que exerci um cuidado espiritual foi um paciente que a gente acompanha ele há muito tempo aqui, e nos últimos meses ele veio piorando. A última internação dele, que ele veio a óbito, ele estava muito mal, muito debilitado, ele foi pro CTI [Centro de Terapia Intensiva], entubou, ficou muito grave. E foi um sofrimento muito intenso de todo mundo, de toda família, esposa, mãe, filho, aquela situação toda e

assim, não tinha muito mais o que fazer por ele. Eu fui no CTI, dei minhas últimas palavras, conversei com ele, disse pra ele se permitir descansar que as coisas iam se ajeitar e coincidentemente, ele morreu naquele mesmo dia. Eu fui lá de manhã e no meio da tarde ele faleceu. Mas foi aquela sensação de que foi feito tudo, não foi uma situação porque deixamos a desejar algo sabe? Enquanto tratamento, enquanto cuidado, nada disso. Então assim, essa é uma situação que me marcou bastante. Eu percebi que a minha visita foi boa pra ele e pra mim também. (P3.2)

Um paciente que já estava grave, uns dois plantões seguidos, que a gente ia embora e falava que aquele paciente não iria se encontrar mais aqui no nosso próximo plantão. Quando voltávamos, ele ainda se encontrava lá. Mais outro plantão, e ele se encontrava lá. Aí eu cheguei próximo ao leito dele, com calma, eu disse para ele relaxar, que ele poderia descansar que a sua família estava unida em prol dele, que estava todo mundo presente ali [...] Falava mesmo: “Pode descansar”. (P10.2)

Mas a gente tem que deixar de ser egoísta, é a hora dele descansar. Eu cheguei pertinho dele, disse que ele sempre foi muito querido por todos, o hospital parava pra ver ele. Mas chegou o momento de descansar, o seu corpo já estava cansado, as dores já estavam muitas, já não era mais só do linfoma, eram outros agravantes que foram vindo. E com isso sofre todo mundo, nós profissionais, a família, o paciente. (P12.2)

“[...] porque a pessoa fica bem com a paz interior dela e aí ela se permite descansar dessa luta”. (P1.2)

Então, os profissionais da equipe de enfermagem do setor de oncologia, ao lidarem no processo de trabalho com pacientes em finitude de vida e com os seus familiares, relatam transformarem as suas concepções e ressignificarem a morte a considerando como percurso natural. Esse aspecto pode ser percebido nos relatos já mencionados que torna facilitada a atuação nesse cenário profissional em prol da morte com mais dignidade e com redução dos sofrimentos advindos (ARRIEIRA et al., 2016).

Assim, quando os envolvidos no processo, tornam-se conscientes da vulnerabilidade frente à doença, é estabelecida uma unidade de significados (BUCHER-MALUSCHKE; FIALHO; PEDROSO, 2014), que por vezes supera o racional.

[...] esse processo [da morte] é difícil, dolorido e sofrido pra família. Pois o sentimento é de perda e de medo por não ver mais a pessoa querida e por não saber como é a vida após a morte. A gente respeita esse momento, mas a gente tenta explicar aos parentes

(familiares) que é melhor pra ela [...] A gente sofre, mas ela descansa. (P2.1)

Assim, você pedir, pedir, pedir pela cura, mas não a gente pede pelo descanso [do paciente]. [...] Então, foi o momento que eu mais identifiquei o cuidado espiritual. Eu falei “vai, descansa, irmão!” Depois disso, eu lido com a morte de forma mais fácil. Como descanso. (P5.2)

Aqui fica evidente a importância do enfermeiro junto ao paciente oncológico em processo de morte, visto que esse reconhece que a assistência deve ser exercida de maneira integral, digna e respeitosa durante todo o cuidado ofertado. E que no momento da aproximação da morte é possível ressignificar as relações, especialmente entre o familiar e o seu ente acometido pelo câncer e vice e versa (LIMA; MACHADO, 2018).

Dessa forma, as consequências subjetivas desencadeadas pela doença não se restringem apenas ao paciente ao envolver também, os seus familiares e profissionais. O vivenciar desse processo, independente da maneira, o seu enfrentamento é conjunto como nestes depoimentos:

“O processo de morte na maioria das vezes é doloroso tanto para o paciente e, principalmente, para a família. [...] é um momento que a família tem necessidade de estar mais presente”. (P3.1)

“Acredito que não seja o fim [...] e dependendo da gravidade da doença, acredito que [a morte] é até um conforto para o paciente e sua família”. (P8.1)

Então, entende-se que o paciente e seus familiares podem absorver as consequências do diagnóstico, tornando fundamental incentivar as relações entre eles, promover a saúde e reduzir o sofrimento acarretado pelo câncer, pois todos precisam de cuidados (BUCHER-MALUSCHKE; FIALHO; PEDROSO, 2014). E ainda, reconhecer que a morte pode ser o cessar do sofrimento para ambos.

5.1.2 Sentidos da morte enquanto dificuldade de falar e lidar com ela: visão da equipe enfermagem

Outros profissionais já não se permitem viver o momento do luto, uma vez que buscam se proteger, como se não fossem um dia morrer ou talvez por não estarem preparados para lidarem com as manifestações emocionais e somáticas neste momento. O que pode prejudicar a assistência exercida de forma saudável, ao

considerar este processo um desconforto e que pode levar a um desgaste emocional (NUNES; ARAUJO; SILVA, 2016).

Tal fato quando comparado entre os profissionais da área da saúde e demais seres humanos, é algo mais frequente, porém, a maioria não está preparada para enfrentá-lo. Para tanto, é fundamental que esses consigam entender e aceitar a morte, assim como desvincular do fracasso. E dentre os profissionais da saúde que mais estão expostos a esta situação, a equipe de enfermagem se destaca, pelo fato de demandar um cuidado mais direto, embora não signifique estarem mais preparados (BENEDETTIL et al., 2013). Diante da equipe de enfermagem estar mais próxima dos pacientes, familiares podem ser mais vulneráveis à identificação, ao vínculo, à empatia no decorrer do processo de morte, provocando reflexões sobre a própria morte do profissional, a finitude da vida, a missão de vida (LIMA et al., 2017).

Como nos relatos a seguir, nos quais os profissionais justificam não saberem lidar com a morte devido ser carente abordar sobre a sua possibilidade.

“[...] [morte] é algo que por vezes tende a não ser abordado categoricamente devido ao medo dos profissionais de enfermagem, familiares e do próprio paciente”. (P6.1)

“Não se conversa sobre a morte do paciente, ninguém gosta de falar sobre isso. E é por isso que eu acho complicado falar de morte com o paciente em si, que ele está morrendo”. (P5.2)

É perceptível o desconforto em falar sobre a morte. E dentre os diversos motivos, um deles é a não familiarização com a possibilidade de sua ocorrência, que pode e deve vir como forma de discussão durante toda a formação profissional. Como consequência, a equipe de enfermagem muitas vezes tem dificuldade em abordar a temática em questão com os pacientes, familiares e acompanhantes (LIMA et al., 2017; LIMA et al., 2018).

Dessa forma, faz-se necessário investir no aprimoramento da tecnologia de ação que vai de encontro ao cuidado integral e holístico de enfermagem. Assim, quando desencadeia o sentimento de impotência nos profissionais, conforme as falas a seguir que podem estar relacionadas ao limite das possibilidades científicas de cura, provoca-se a sensação de que não há mais o que fazer pelo paciente (SÁ; NASCIMENTO; FERREIRA, 2018).

“Me sinto impotente por não conseguir reverter esse processo do morrer em meus pacientes”. (P2.1)

[...] teve uma criança de 11 anos [...] que estava muito grave, acompanhado da sua mãe, quando entrei no seu quarto ele segurou a minha mão e falou “tia, não me deixa morrer”. Pra mim foi a pior situação que passei, pois parecia que tinha um pedaço de mim que estava morrendo. (P11.1)

Embora discutir sobre o processo de morte seja mais usual na atualidade, ainda é considerado uma situação que deve ser evitada a qualquer custo, pelo fato de associarem a morte a sofrimento, medo e dor, o que torna o momento ainda mais temido (LIMA; MACHADO, 2018).

Sob esse olhar, os profissionais da área da enfermagem, que muitas vezes vivenciam com frequência o processo da morte de seus pacientes, se culpam pelo insucesso, quando se deparam com o episódio, como visto nos depoimentos já mencionados. Isso pode ser justificado, talvez, pelo fato de os mesmos serem formados para salvarem vidas e quando isso já não é possível, torna-se uma cobrança interior, com desgaste emocional mais intenso a cada dia (BUENO, 2014; SALUM et al., 2017).

Assim, ao evitar o abandono do cuidado, alguns profissionais utilizam como estratégia de autoproteção, não discutir sobre a morte. Isso pode ser compreendido como estigma de um “mal” que precisa ser superado ao contrário de ser um processo inevitável e natural da vida (BUENO, 2014). O que torna complexo entender e aceitar o sofrimento consequente do sentido sombrio da morte para cada ser humano, por ser considerada um processo angustiante.

Portanto, por não se sentir preparado para vivenciar a frequência da morte em pacientes oncológicos, muitos profissionais têm concebido a valorização da espiritualidade como equilíbrio, tornando-se um atributo significativo para a compreensão e aceitação desse momento (ARRIEIRA et al., 2018).

[...] Cheguei ao meu limite, não estava conseguindo lidar com a situação dos meus pacientes oncológicos e com a frequência intensa de episódios de perda. Me envolvo demais. [...] Estou lendo um livro que foi indicação do meu psicólogo “A roda da vida” de Elisabeth Kübler-Ross. Estou gostando muito de ler e tem me ajudado a reconhecer a importância da espiritualidade. (P2.1)

Como destacado nessa fala, a psiquiatra, Kubler-Ross, conhecida pelos seus estudos sobre o fenômeno da morte e o luto consequente, desempenhou-se em contribuir para um cuidado mais sensibilizado e humanizado durante a finitude de

um paciente, no qual, muitas vezes o sofrimento irá superar a dor física, alcançando a dor emocional. A autora ainda defende que não basta adiarmos a morte, é necessário cuidar tanto do paciente como do seu familiar e acompanhante, assim como cuidar também, do próprio cuidador (KUBLER-ROSS, 2005; BUENO, 2014).

Uma de suas críticas está pautada no sentido de ser pouco frequente a discussão sobre a morte na área da saúde como um todo, refletindo na dificuldade de enfrentamento de tal situação, devendo ser incentivado o desenvolvimento de uma assistência cada vez mais humanizada, qualificada e com escuta adequada ao indivíduo em processo de morte (KUBLER-ROSS, 2005; BUENO, 2014). Esse aspecto é evidenciado na fala a seguir:

Teve uma paciente jovem com filhos e marido que me marcou muito, pois foi com ela que eu comecei a aprender a falar sobre a morte e o morrer durante o processo de tratamento. Conversávamos sobre o que ela tinha vontade de falar para a sua família ou o que ela queria deixar para eles. Foi difícil, ela não queria morrer, pois tinha uma vida maravilhosa como dizia, e planos. Os filhos, marido e a mãe sofriam muito. [...] Eu até conversava com ela sobre o processo de morrer e foi espontâneo tudo isso, mas eu também sofria em ver ela e a família daquele jeito [...] sem saber o que fazer mesmo. (P2.1)

O participante, ao mencionar que não sabe o que fazer frente ao processo de morte do paciente, reforça a necessidade de um preparo formal para o cuidado espiritual, além da manutenção de capacitações durante a sua vida profissional. Pois embora se permitisse falar sobre a possibilidade da morte ainda traz desconforto para o profissional tal situação.

Nesse contexto, a literatura aborda que durante o percurso da formação profissional na saúde, a temática da morte é incipiente o que reflete em lacunas que fazem com que os profissionais creem que só o alcance da cura e da recuperação do paciente é considerado um bom cuidado. Contudo, no cenário do ambiente de trabalho o uso dos recursos tecnológicos e a luta incansável pela vida, distanciam os profissionais a conversarem e a pensarem sobre a morte (LIMA; COSTA JÚNIOR, 2015), embora reconheçam a importância de se discutir sobre a sua possibilidade, como relatado por P12.1 e P2.2 a seguir.

“Acredito que a gente deveria discutir mais sobre a morte pra ficar mais fácil, talvez”. (P12.1)

“[...] a gente escuta, até fala da morte quando eles também falam [...] dá muito apoio mesmo, muita palavra de conforto o tempo todo, mas é muito difícil pra gente também, sinceramente”. (P2.2)

Dessa forma, ainda encontram dificuldades frente a ocorrência da morte, mesmo que haja profissionais que a associam a um processo vital como um descanso do corpo físico e como forma de estratégia para enfrentarem os seus repetidos episódios no seu cotidiano de trabalho. E, existem muitos profissionais que correlacionam os momentos finais de vida do paciente às suas experiências pessoais e conceitos próprios sobre a situação considerada de difícil convívio (ARRIEIRA et al., 2016). E são exemplos disso:

Embora a gente fique até feliz, grato por ter tido a chance de fazer algo pro paciente, e ao mesmo tempo triste, porque por mais que a gente saiba que a morte foi melhor pra ele, que o paciente saiu de todo aquele estado de sofrimento, a gente tem sentimento né? (P3.2)

Não vou mentir, tenho ainda problema com a morte sim, tenho medo de perder. Trabalho isso na minha mente todos os dias, mesmo sabendo que é uma coisa natural. Todos nascem e morrem, uns nem chegam a nascer né? Mas ainda é uma coisa que me traz um pouco de “pavor”. (P12.2)

É a partir desses posicionamentos frente à morte, no qual um é pautado na visão de que a morte é um processo natural da vida e outro, que traz sofrimento conviver com o seu ocorrido, que confirmam-se a visão vygotskyana, em que os seres se constroem cada qual de sua maneira e tempo.

Portanto, morrer sem ter pressa, respeitar cada instante do processo, significa mais tempo para refletir a morte e é esse o fato que a humanidade mais teme, ninguém quer ter mais tempo para pensar nessa possibilidade que é morrer (ARANTES, 2019). Especialmente no mundo ocidental, onde encara-se a morte como fracasso, sem ser um processo vital, natural para os seres humanos (ALVES, 2013).

É visível que a metodologia trabalhada com os profissionais participantes possibilitou que os mesmos, inseridos na pesquisa como sujeitos ativos e interativos do conhecimento, comprovando ainda a perspectiva vygotskyana baseada na sua teoria Histórico-Cultural, permitissem a buscar e a reconhecer o quão importante é a valorização da espiritualidade.

5.2 SENTIDOS DE ESPIRITUALIDADE PARA O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DIANTE DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM PROCESSO DE MORTE

Esta categoria concentra subcategorias que contribuem para discutir sobre as características definidoras do cuidado espiritual ao público alvo da pesquisa, partindo da concepção que a espiritualidade é um assunto que está cada vez mais inserido e desenvolvido no âmbito da saúde, inclusive diante do paciente em processo de morte.

Estudos ressaltam a relevância do atendimento da dimensão espiritual pelos profissionais, especialmente, os de enfermagem por demandarem cuidados diretos, o que contribui para alcançarem o cuidado holístico ao contemplar as multidimensões dos seres humanos (EVANGELISTA et al., 2016b; THOFEHRN, 2005).

5.2.1 Espiritualidade traz sentido para a vida dos profissionais da equipe de enfermagem ao assistir o paciente oncológico em processo de morte

A espiritualidade é o elo entre o existencialismo e o transcendental, isto é, aquilo que não cabe ser mensurado ou meramente classificado, mas que propicia sentido para a vida. É o que representa a relação do indivíduo com o que ele acredita ser importante, que se revela de várias maneiras, podendo ser por meio de prática religiosa ou não. Tal relação é exercida pelo ser humano e que se origina da própria necessidade de conceber significados para a sua existência, além de preservar o sentimento de esperança frente a uma patologia que ameaça a continuidade da vida (COLIMÃO, 2014; MANCHOLA, 2016).

Assim, a manifestação de gratidão, amor, empatia e compaixão simbolizam a espiritualidade e o buscar pela paz interior no final da vida terrena e que contribuem para o alcançar do sentido pleno da vida (COLIMÃO, 2014; MANCHOLA, 2016), como evidenciado a seguir:

“A espiritualidade é a busca pelo sentido pleno da nossa vida”. (P4.1)

“A espiritualidade é o que traz sentido pra vida mesmo. É o que motiva até a gente acordar hoje [...] seria o motivo para eu querer viver de fato”. (P2.2)

“Ela não é necessariamente ter uma religião, é a força que nos move a querer viver, ajudar nossos pacientes, nossa família... Enfim, a espiritualidade traz sentido pessoal pra vida e cada um vai lidar com ela de uma forma diferente.” (P3.2)

“[...] a gente vê que aqueles que têm fé, que acreditam que há possibilidades, têm uma resposta melhor frente ao tratamento. A espiritualidade traz sentido pra nossa vida.” (P5.2)

“[Espiritualidade] É um caminho que as pessoas buscam para dá sentido à vida, que traz uma tranquilidade.” (P9.2)

Portanto, a dimensão da espiritualidade é caracterizada pela busca do sentido pleno para a nossa existência humana (SILVA, 2015).

5.2.2 Espiritualidade do profissional de enfermagem: autorreflexão pessoal

De acordo com os relatos já mencionados nas categorias pré-citadas, é fundamental que os profissionais reconheçam as suas necessidades espirituais para então, atenderem aos seus pacientes com o propósito de reduzir os sentimentos de sofrimento, ao se depararem com a chance do episódio de morte, trazendo conforto aos envolvidos e dignidade ao óbito (ARRIEIRA et al., 2018; SILVA et al., 2016).

Participantes da pesquisa acreditam que a espiritualidade converge ao caráter subjetivo e intrínseco dos seres humanos, é inerente à humanidade e que traz sentido para vida pela relação interpessoal e intrapessoal (EVANGELISTA et al., 2016b). Alguns intensificam ainda, a espiritualidade enquanto perspectiva de cada ser, no qual a definição sofre influências de suas próprias vivências e percepções diante da vida (MELO et al., 2015).

Nessa perspectiva, os depoimentos a seguir permanecem na mesma lógica ao abordarem sobre o sentido de espiritualidade atrelado a autorreflexão pessoal.

“[...] a questão da espiritualidade envolve os valores de determinada pessoa, envolve tudo que essa pessoa acredita, é uma questão superior de cada ser. Então cada pessoa tem a sua espiritualidade, certo? Essa espiritualidade tem aqueles que vão ter mais, outros menos, eu acredito que seja basicamente isso né? [...] A espiritualidade vai ser uma autorreflexão contínua na minha vida [...] e buscar sempre aumentar a crença nela, isso estará a favor da gente e das pessoas que convivem com a gente. [...] Algumas vezes a nossa espiritualidade vai estar abalada, fragilizada, como em outros momentos vamos estar com ela mais equilibrada. É uma educação continuada e permanente. (P1.2)

Então, a espiritualidade é uma “coisa” bem individual, é bem intrínseco da pessoa, do ser humano em si, do que ele crê e vê o que é melhor pra ele se basear no seu dia-a-dia, na sua vida. [...] Eu creio que a espiritualidade está no sentir mesmo e não necessariamente à questão da religiosidade. Envolve aquilo que você crê e que te traz de fato, um bem. [...] É um sentimento único, indescritível. Que faz bem pra quem pratica e pra quem a recebe. (P4.2)

A espiritualidade segue no sentido de que se eu estiver bem comigo mesmo eu também consigo transmitir isso no cuidado. É como se trouxesse conforto principalmente para as situações difíceis que a gente vive na enfermagem com os pacientes que estão mais críticos. (P5.1)

[...] a espiritualidade é como a gente vê a vida, como a gente lida com determinadas situações, problemas. É uma forma de encararmos a vida, as situações que nos são colocadas na vida, no trabalho ou até mesmo em casa com a família, com os amigos. Então assim, eu acho que é uma forma mesmo de percepção. Como você percebe seus pensamentos, a sintonia que você está com o meio que você vive. [...] Acaba que a espiritualidade é consequência e reflexo de nossos próprios atos. (P3.2)

“Eu enxergo a espiritualidade como algo que é consequência dos nossos atos, pensamentos, de como a gente se permite viver frente a qualquer circunstância e momento durante a vida.” (P7.1)

Com base no pensamento, a capacidade de ser otimista durante a vida correlaciona-se à importância de trabalhar a espiritualidade por esta se posicionar como uma dimensão humana comprovada cientificamente, e benéfica à qualidade de vida, ao bem-estar dos sujeitos, capaz ainda, de atrair e estimular energias positivas (SOARES, AMORIM, 2015). Isso fica evidente nos relatos a seguir.

[Espiritualidade] como rumo de vida mesmo. Do dia-a-dia que nos dá força para sair da cama, que contribui para desempenharmos o nosso serviço com qualidade de vida. [...] E a oncologia é muito pouco resultado no tratamento. Então se a gente não tiver uma fé além do que é real, não ter pensamentos positivos em relação à espiritualidade a gente não consegue trabalhar nessa área e nem fazer o nosso serviço da melhor forma. (P5.2)

Espiritualidade para mim é algo importantíssimo na vida do ser humano, acho que tem que ser essencial, entendeu? A pessoa tem que ter a espiritualidade sempre ativa e presente. Eu defino espiritualidade como algo que faça você ter atitude, enxergar as coisas de forma clara, mais positiva, uma energia importante e surreal [...] que qualquer ser humano deveria colocar na sua vida em primeira escala. [...] Então assim, a minha espiritualidade eu a

trabalho todos os dias, eu leio, eu faço reflexão. [...] Aquela pessoa que está fazendo a bondade ela está praticando a espiritualidade o tempo todo. A espiritualidade do outro ela deveria ter que ser muito trabalhada, porque a maioria das pessoas com enfermidade não tem esperança, sempre “se fecha” e isso atrapalha muito na recuperação. Uma pessoa com espiritualidade boa, ela vai ter uma recuperação muito melhor, com até uma qualidade de vida mesmo naquela situação, entendeu? (P7.2)

A espiritualidade é sempre uma energia. [...] Quanto mais você busca melhorar, a partir de pensamentos bons, você passa a colocar o paciente “para cima”. [...] Então, a gente enquanto profissional [...] que está ao lado integralmente de todo o processo de cuidar, o nosso pensamento também influencia. Se a gente tiver um pensamento negativo, a gente também passa para o paciente. [...] Aí a espiritualidade te ensina a dar força para você conseguir ajudar o próximo. (P6.2)

Fica claro que a dimensão espiritual estimada às condições humanas refere-se à forma pela qual os seres procuram expressar o seu propósito de vida como também, a maneira que buscam conectar-se com o instante vivido, consigo mesmo, com o mundo e com o meio externo (EVANGELISTA et al., 2016b). Essa constatação é confirmada também pelos seguintes depoimentos que coincidem com as ideias vygotskianas ao considerar o ser humano, sujeito interacionista e multidimensional, conforme a sua Teoria Histórico-Cultural.

[...] eu passei a buscar a espiritualidade para minha vida e isso ajuda nortear muitas coisas no nosso dia-a-dia, no nosso trabalho. A gente passa a entender várias coisas que acontecem durante as relações com os pacientes, com os nossos colegas de trabalho, e isso me ajuda a encarar também de forma diferente, de ver o outro como semelhante, respeitar o próximo e entender que tudo tem um propósito. (P6.2)

“A espiritualidade [...] é trabalhada dentro de nós, a partir das vivências durante a vida e através das pessoas que passam por ela.” (P9.1)

“Acho que é difícil explicar espiritualidade por palavras, a gente sente né? É pelas vivências que temos com as pessoas durante o caminhar da vida, enfim, é bem difícil de definir só com palavras.” (P10.2)

Ainda sobre o sentido de espiritualidade, alguns profissionais relataram que a necessidade da crença não é obrigatoriamente pertencente a uma fé institucionalizada de caráter religioso. Vale esclarecer que a crença envolve as experiências humanas durante a vida, que não tem os seus princípios baseados

única e exclusivamente na razão, enquanto a fé religiosa é vista como algo intitulado a Deus (SOUZA et al., 2015). Como nestas falas:

A espiritualidade é uma crença. [...] A pessoa não precisa necessariamente ser católica ou evangélica. A espiritualidade pra mim é um caminho que a pessoa busca e ela acredita que aquele caminho ali é o melhor pra ela. (P9.2)

“A espiritualidade não se limita acreditar em Deus, mas é aquilo que nos sustenta mesmo, está sempre ali com a gente, como eu já disse, nunca nos abandona.” (P12.2)

Estudos partilham de ideias semelhantes aos conceitos evidenciados pelos profissionais desta pesquisa, ao passo que definem a espiritualidade como um recurso para proporcionar equilíbrio da vida, como uma estratégia terapêutica, fonte de conforto, bem-estar, respeito e ainda, que é intrínseca de cada pessoa. Além de distingui-la de religiosidade, pois apesar de se relacionarem, não são subordinadas e dependentes (ARRIEIRA et al., 2016; EVANGELISTA et al., 2016a; ROCHA et al., 2016).

Dessa forma, os diversos pontos de vistas discutidos até aqui, comprovam que o período para internalização e as ferramentas mediadoras deste estudo foram cruciais para o esclarecimento do sentido de espiritualidade. E que se mantêm nas discussões a seguir.

Dando seguimento, ao considerar a espiritualidade uma estratégia terapêutica, especialmente nessa circunstância, esta pode permitir reduzir os sofrimentos existenciais, utilizando desse recurso no dia-a-dia de trabalho em prol de uma assistência humanizada tanto para o paciente quanto para o próprio profissional (ARRIEIRA, 2015).

Assim, percebe-se em algumas falas a intenção da pesquisa em beneficiar a equipe de enfermagem ao estimular a valorização da espiritualidade aos que assistem o paciente oncológico em processo de morte.

Essa pesquisa me favoreceu muito, me fez pensar na espiritualidade enquanto uma estratégia. Porque a todo tempo a gente faz a espiritualidade, e você trazendo esse assunto faz com que a gente lembre, fica ativo na nossa mente. E saber mesmo que isso é primordial, essencial, na minha vida, na vida do outro, do paciente, da sua família. É estar conectado com boas vibrações. É você chegar bem no seu ambiente de trabalho e fazer o bem. (P4.2)

Fiquei muito satisfeito com a sua pesquisa, com certeza me ajudou muito, pude aprofundar o tema que é muito interessante e importante pra oncologia e pra enfermagem. Vou levar como estratégia de cuidar. (P10.2)

Tais posicionamentos se assemelham ao pensamento de Dalai Lama a seguir: “a espiritualidade é tudo aquilo que produz dentro de nós uma mudança” (BOFF, 2018, p.166). E essa mudança pôde ser sentida por alguns dos profissionais:

“É, os meus pensamentos mudaram muito em relação a espiritualidade, e como eu disse, foi para melhor, você reconhece.” (P6.2)

“[...] me mudou muito [...] é sempre um aprendizado, então assim, tem que ser passando pra frente. Acho que não custa a gente passar o que a gente aprendeu. Foi bem valioso, bem bacana o assunto.” (P11.2)

Como visto, a espiritualidade pode ser considerada fonte de fortalecimento da crença do paciente em prol de amenizar o seu sofrimento diante a uma doença. Pode haver o uso da própria espiritualidade do profissional da saúde ao visar “acalmar” a dor e o sofrimento durante o seu cuidado (SILVA et al., 2016). E para que isso seja possível, é importante que o profissional reconheça o sentido da sua própria espiritualidade (ARRIEIRA et al., 2018). Os depoimentos a seguir exemplificam como os profissionais trabalham a sua dimensão espiritual.

Associo a minha espiritualidade a uma autocrítica. Porque devido à afinidade que às vezes a gente acaba criando no ambiente de trabalho, você acaba agindo como se o seu ponto de vista fosse o único correto. E não necessariamente isso é a verdade. (P3.2)

“Eu não tenho uma válvula de escape. Talvez quando eu vou viajar, quando saio da rotina ou no final de semana, enfim, eu vejo que trabalho a minha espiritualidade saindo do hospital mesmo.” (P5.2)

Um profissional esclarece no relato a seguir, como trabalha a sua própria espiritualidade, além de reconhecer a necessidade de associá-la ao sentimento de compaixão, como um sentimento inerente da humanidade. Que pode ser compreendido por esta definição: “[...] palavra com-paixão que sugere: compartilhar a paixão do outro e com o outro, sofrer com ele, alegrar-se com ele, andar o caminho com ele.” (BOFF, 2017, p.163).

“Então a situação do outro te ajuda a superar o modo como você lida com as suas próprias necessidades espirituais ao ter compaixão por ele.” (P6.2)

Outro relato ainda no contexto da espiritualidade do profissional de enfermagem, recorrer a essa dimensão, por vezes acontece quando o sujeito se encontra em momentos de dificuldade, que te tiram de sua zona de conforto, como neste depoimento:

Eu pratico a minha espiritualidade a todo momento, mas a gente nota que ela se faz mais presente quando estamos tristes. Certas vezes a gente se pergunta por que algo aconteceu com a gente e não aconteceu com fulano [...] E a espiritualidade vem pra explicar alguns altos e baixos da nossa vida. (P10.2)

No entanto, a busca pela espiritualidade em momentos considerados difíceis é entendida pelo fato de ser atribuída ao aliviar o sentimento de sofrimento (ARRIEIRA et al., 2017). A seguir, a espiritualidade é reconhecida ainda, como fonte de amor, empatia e compaixão.

5.2.3 Espiritualidade como fonte de amor, empatia e compaixão

Foram identificados, durante os relatos dos depoentes que para o vínculo entre os profissionais de enfermagem, seus pacientes e acompanhantes deve-se envolver sentimentos como o amor, a empatia e a compaixão, pois acreditam que a espiritualidade é, excepcionalmente, se colocar no lugar do outro. Leonardo Boff contribui com esse pensamento ao mencionar que “a vida do espírito se alimenta de bens não tangíveis como o amor, a amizade, a compaixão, o cuidado e a abertura ao infinito” (BOFF, 2018, p.169).

No contexto da enfermagem, esta tem buscado estratégias de cuidado que visam ultrapassar limites de modo a envolver a empatia pelo outro, valorizar as suas múltiplas conjunturas interpessoais, subjetivas e culturais desses protagonistas do processo de cuidar (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013; SAVIETO; LEAO, 2016), como pode ser visto pelos relatos a seguir:

Sabe, algumas vezes, mesmo a gente sabendo das condições que o paciente se encontra, acaba que não temos tanta paciência, a gente até vira a cara e pensa, “que paciente chato”. [...] mas ele não, ele acolheu todo mundo no hospital, foi empatia no primeiro momento. [...] A empatia define muito o que a gente está vivendo hoje, no qual as pessoas estão tão distantes uma das outras né? [...] Ai eu digo, é a gente se colocar no lugar do outro, é você saber que a pessoa significa alguma coisa na vida do outro, é o amor de alguém. (P6.2)

O trabalho que é feito com amor tem um diferencial daquele que é feito por obrigação. Eu não posso chegar aqui, dá o banho, medicar, e acabou. Temos que cuidar com amor senão vira uma coisa mecânica. É um ser humano nas nossas mãos né? Então eu procuro dar o melhor de mim. [...] Eu sou humana, às vezes erro, mas eu procuro sempre fazer o melhor, eu faço pelo paciente, apenas por ele. E isso faz parte da enfermagem, ter sensibilidade pelo outro né? Assim a gente vai fazendo a diferença nos nossos dias e no dia-a-dia deles também. (P12.2)

Vale definir esses sentimentos que de acordo com Decety, Jackson (2004), empatia é uma condição inata de cada ser e que envolve três tipos de capacidades humanas: capacidade de experimentar e demonstrar emoções, sentimentos por si mesmo e pelo outro; capacidade de distinguir o eu intrínseco e o outro; e a capacidade de adquirir a perspectiva do outro.

Dessa forma, ter empatia é partir do princípio partilhado entre o eu e o outro, é dividir experiências, necessidades, objetivos, compreender, demonstrar sentimento de solidariedade, se colocar de fato, no lugar de alguém. Há estudo que complementa ainda que a empatia é sentir a dor ou o bem estar do outro, com a consciência do que é seu e o que não é (ROGERS, 1959). A seguir, depoimentos que associam a espiritualidade ao sentimento de empatia.

Um sentimento que define a minha espiritualidade seria a compaixão como também o amor, a empatia. O fato de você lidar com as situações, de se colocar no lugar do outro, pensando que poderia acontecer consigo mesmo. E assim, valorizar o que a pessoa está sentindo, e não simplesmente, julgar (P3.2.)

Acredito que a espiritualidade seja uma mistura de vários sentimentos como a compaixão, que é você se colocar sempre no lugar do outro, ter empatia pelo próximo, ter amor. [...] é um sentimento único, indescritível. (P4.2)

Então, para que se tenha esse sentimento, é preciso compreender o que é amor e compaixão.

Já a compaixão, sentimento que também foi correlacionado à espiritualidade do profissional de enfermagem, é compreendido como: “compaixão [...] que pode conceber possibilidades de ajuda, sem domínio, sem exploração, sem desconfiança, sem paternalismo, sem falsa ética” (LEOPARDI, 1994, p.13). O que contribui para melhor compreender os sentimentos que mais definem a espiritualidade dos participantes da pesquisa. Os próximos depoimentos mencionam este fato:

“Porque na verdade, a gente não sabe o que cada um sente, como cada um lida com determinadas situações na vida. Então eu acho que isso seria mesmo uma questão de compaixão.” (P3.2)

“Quando penso em espiritualidade, o sentimento que vem na minha cabeça é a compaixão.” (P6.2)

E ao se tratar do amor, como outro sentimento que expressa a espiritualidade, pode ser entendido desta forma:

O amor é a força maior existente no universo, nos seres vivos, nos humanos [...]. Porque o amor é uma força de atração, de união e de transfiguração. [...] O amor é a expressão mais alta da criatividade e da invenção. Também encontra uma expressão feliz no cuidado, porque tudo o que amamos também cuidamos; e o cuidado é um sinal de que também amamos (BOFF, 2017, p.165).

Então na perspectiva de Leonardo Boff, compreende-se que o amor relaciona-se ao cuidado e à reciprocidade, o que complementa e sustenta os próximos dizeres.

A espiritualidade é amor. Eu cuido por amor mesmo. Então quero passar esse carinho também. Se eu puder acolher, eu vou acolher. [...] Sim, eu acolho todo mundo. Porque não é só o paciente que está sofrendo, é a família inteira. Então, assim, dá o conforto, mas que seja geral. Acho que todo mundo precisa de carinho neste momento, não só o paciente, mais os familiares que estão vendo o sofrimento dele né? É carinho, atenção, respeito, é isso que vale. (P11.2)

A esperança, o amor, e principalmente o amor por nós mesmos e pelo outro. E a partir disso vou tentando fazer algo melhor pelo próximo né? [...] Ajudando o outro, vem de forma dobrada o bem pra gente. (P12.2)

“[...] o amor ao próximo, não prejudicar as pessoas, muito pelo contrário, tentar ajudar de alguma forma que eu possa estar sempre melhorando como pessoa também.” (P1.2)

Portanto, diante do que foi mencionado, a seguinte passagem traduz bem os sentimentos expressos pelos profissionais entrevistados:

Considero que espiritualidade esteja relacionada com aquelas qualidades do espírito humano – tais como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia – que trazem felicidade, tanto para a própria pessoa quanto para os outros (BOFF, 2018, p.167).

Contudo, ao se tratar da dimensão espiritual dos seres humanos, esta apresenta conceitos distintos da dimensão da subjetividade que se refere às emoções, sentimentos, desejos de cada pessoa. Enquanto a espiritualidade, o alcançar da transcendência no dia-a-dia, almejar pelo sentido e significado tanto para viver quanto diante do processo de morrer, manifestando sentimentos mais genuínos como o amor incondicional, a compaixão e a solidariedade (ARRIEIRA *et al.*, 2016).

Então, falar de amor envolve compreender o sofrimento alheio ou mesmo o compartilhar desse sentimento, enquanto o amor incondicional é de fato o amor materno, integral e acolhedor, que por vezes, torna-se difícil elucidar por palavras, é algo que se sente e vivencia (TASSINARI; DURANGE, 2014).

Ao associar esse amor incondicional à enfermagem, o que é racional perde espaço para a criação de vínculos, acolhimento e para a humanização do cuidado qualificado. A seguir, uma fala compara a espiritualidade ao amor materno:

[...] a espiritualidade me mudou muito, até mesmo porque eu acabei de ter neném, então isso muda muito a sua cabeça, transforma, é um sentimento que você não sabe explicar. Eu acho que eu enquanto pessoa melhorei muito sabe? [...] Você trabalha no hospital 12 horas, então você fica mais tempo no hospital do que em casa. Então você tem que manter um diálogo, manter uma união, o amor, porque é isso que a gente leva pra vida. (P11.2)

Fica evidente que a enfermagem integra o conhecimento profundo às necessidades de seus pacientes. E nesse contexto, frente ao processo de morte, o profissional tem os seus esforços orientados por um objetivo que é assistir com qualidade, valorizar e respeitar as reais necessidades vivenciadas pelos pacientes durante os seus cuidados (GREGORIO, 2012).

5.3 SENTIDO DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE DO PACIENTE ONCOLÓGICO; CUIDADO ESPIRITUAL

Durante o cuidado à saúde, os profissionais se tornam susceptíveis a conviverem com os sofrimentos físico, social, emocional e espiritual dos seus pacientes. E diante do modelo específico de atenção à saúde que envolve a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a cura de doenças, quando se deparam com uma situação que não existe mais possibilidade científica para o alcance da sua cura, tal modelo é considerado deficiente (LIMA et al., 2017).

Diante desse cenário, o uso das medicações não é suficiente, assim, é necessário que se valorize também, os sintomas espirituais, emocionais e sociais que em comparação, são os mais complexos (LIMA et al., 2017).

Logo, ao se tratar da equipe de enfermagem, que desempenha cuidados diretos junto aos pacientes configuram-se nos profissionais de saúde mais propícios à desenvolverem uma assistência holística que compreende o ser como um todo, ao respeitarem as várias dimensões humanas (ARAUJO et al., 2017).

Os participantes desta pesquisa corroboraram com essa perspectiva, no qual, puderam associar o cuidado de enfermagem a uma estratégia terapêutica, alguns atrelando à religiosidade e outros, à espiritualidade.

Pois há aqueles que demandam a sua fé no Sagrado de uma religião em específico, e outros, que buscam pelo equilíbrio na espiritualidade em si (KOENING, 2012; GOBATTO; CAVALCANTI, 2013; LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018).

Contudo, há falas em que o cunho religioso é muito presente, o que já era esperado pelo fato de o Brasil ser um país com 95% da população pertencente a uma religião (ALMEIDA et al., 2010; ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016). Os depoimentos discutidos na categoria a seguir demonstram a religião como estratégia terapêutica.

5.3.1 Presença de Deus no cuidado de enfermagem: religiosidade

É importante esclarecer qual o sentido de religiosidade e espiritualidade, tendo em vista que existem duas vertentes; uma que acredita serem igualitárias e outra, na qual o atual estudo defende, que existe distinção (BUENO, 2014; EVANGELISTA et al., 2016a) a ser explicitada no decorrer desta categoria. Em

alguns relatos, ao remeterem esses termos a uma estratégia de enfrentamento, comprovou-se que há alguns pensamentos que equivalem à espiritualidade e a religiosidade, embora sejam desassociados. Os relatos que serão mencionados assemelham e consideram a religiosidade e a espiritualidade como dependentes.

“A religiosidade e a espiritualidade é o mesmo que ter fé e compaixão.” (P9.1)

Não sei quando utilizo a espiritualidade, porque mesmo que a gente tente amenizar a dor do paciente, não é fácil, a gente tenta falar de Deus, para pelo menos dar um conforto tanto para o paciente quanto para a equipe. [...] (P11.1)

“No contexto do paciente oncológico, acredito que a espiritualidade e a religiosidade atuam diretamente na aceitação e na forma como o paciente lida com a doença e seus processos.” (P3.1)

“A espiritualidade ou a religiosidade é essencial em todas as etapas da vida.” (P5.1)

Dessa forma, vale reforçar as diferenças entre religiosidade e espiritualidade. Religiosidade, como o próprio nome já diz, remete a uma religião específica, às práticas de uma instituição religiosa, dogmática, que facilitam a aproximação do ser humano com algum Sagrado. Enquanto a espiritualidade é compreendida como um processo pessoal e dinâmico que depende de experiências únicas, remete ao sentido e significado da própria existência humana que pode ou não estar aliada a uma crença religiosa. Sendo a busca intrínseca de como se vivencia o processo de viver e morrer e que supera questões subjetivas ao alcançar o transcendental (ARRIEIRA et al., 2016; EVANGELISTA et al., 2016a).

Boff (2018), auxilia na compreensão dessa temática ao trazer um conceito sobre espiritualidade:

Espiritualidade tem a ver com experiência, não com doutrina, não com dogmas, não com ritos, não com celebrações, que são apenas caminhos institucionais capazes de nos ajudar na espiritualidade, mas que são posteriores a ela. Nasceram da espiritualidade, podem conter a espiritualidade, mas não são a espiritualidade; são água canalizada, não a fonte da água cristalina. (BOFF, 2018, p.185)

No estudo de Arrieira et al. (2018), é esclarecida a definição de espiritualidade, baseando-se na perspectiva de que a mesma não depende de religião, que podem ou não estarem associadas. É estabelecida como a busca pelo sentido da vida por meio das dimensões que possibilitam transcender o que é

palpável para a existência dos seres humanos. Dessa forma, tal conceito foi eleito para o atual estudo.

Mas embora tenham conceitos distintos, há profissionais que acreditam que a espiritualidade é alcançada a partir da dimensão religiosa, isto é, a religiosidade baseada, substancialmente na existência de Deus, como uma entidade institucionalizada.

[...] é o sentimento pessoal de cada um a respeito de um plano superior movido através da religião e crença [...] em um hospital oncológico se torna muito mais evidente, já que os pacientes, acompanhantes e familiares se apegam diretamente à alguma crença ou religião com intuito do aumento da espiritualidade para o reestabelecimento da saúde. (P1.1)

“Percebo a espiritualidade no trabalho quando associo ao divino espírito santo [...]” (P7.1)

“Acredito que a forma pela qual abordamos o paciente, o acolhimento, sempre de forma positiva respeitando o paciente de acordo com a sua crença religiosa.” (P3.1)

“E é através da oração [do Pai Nosso e Ave Maria] e do conforto que é levado ao paciente que consigo aplicar a espiritualidade.” (P9.1)

“Então eu sempre tento a partir da reza aumentar a minha espiritualidade.” (P1.2)

“[...] hoje em dia eu acabo buscando a espiritualidade através de uma leitura, indo à casa de Deus, orando, rezando...” (P2.2)

Então assim, a minha espiritualidade eu a trabalho todos os dias, eu leio, eu faço reflexão. [...] Frente aos acontecimentos ou fatos eu tento tirar proveito daquilo por meio de reflexão, entendeu? E, além disso, eu faço minhas orações todo dia. (P7.2)

Contudo, a ideia pela qual este estudo apoia, é que a espiritualidade não precisa necessariamente estar relacionada a alguma religião em específico (BUENO, 2014; EVANGELISTA et al., 2016a).

Outro aspecto foi percebido na fala a seguir que atrela a espiritualidade ao Espiritismo. Enquanto o Espiritismo contempla a uma religião ou filosofia de vida, a espiritualidade envolve reflexões para além da religiosidade (SOUZA; SIMÕES; TONIOL, 2017).

Eu tenho uma amiga que trabalha comigo e que é espírita e o paciente estava agonizando há mais de uma semana. E ela conversa com o paciente e o paciente estava em coma não induzido, sem sedação e sem nada. E ela falava com o paciente o tempo todo, ela conversava, falava ao pé do ouvido, a questão do descanso e o

paciente foi a óbito. E a família que era a nossa maior preocupação, todos aceitaram porém, todos ficaram triste, é claro. Não reagiram culpando, questionando, mas sim aceitando e falando que o descanso foi a melhor solução. (P7.2)

Assim, tanto a espiritualidade quanto a religiosidade, são estratégias de enfrentamento diante às incertezas da vida, de alguma patologia ou de problemas diversos. Ao se considerar a fé religiosa e o otimismo elementos advindos das vivências dos seres humanos considerados importantes para sustentar e persistir nos momentos conflitantes e estressantes (ALVES; PAULA, 2016). Como pode ser evidenciado nestes depoimentos:

Vejo que a espiritualidade é como a alimentação, tem que ser diariamente. Você tem que buscar Deus diariamente e não somente quando você está passando por um problema, alguma dificuldade em si. E clamar a Deus para que Ele resolva essa questão. (P4.2)

Eu faço as minhas orações todos os dias, pra mim existe uma força maior. Então eu entro em contato ou pelo menos tento logo cedo na primeira hora do dia, abrir os olhos, fazer esse contato com Deus e depois a vida vai seguir. [...] Com oração ou outra força eu agradeço, porque eu também acredito nisso. (P9.2)

Trabalhar a minha espiritualidade envolve a religião, porque ela me faz falta. [...] Eu preciso procurar a religião pra me completar. Eu sinto falta quando não vou à igreja, como se me desse um vazio. Então eu estou sempre ali procurando um momento pra mim também, um minuto pra mim, porque é meio corrido. Mas eu tento achar um momento. Porque ali é o meu momento de conforto. Eu gosto de estar na igreja, eu sinto que é um lugar “meu”, é um momento só meu. (P11.2)

A gente lida com os nossos problemas e com os problemas alheios. E muita das vezes esquecemos dos nossos para cuidar. Nós estamos aqui por escolha nossa, eles não tiveram opção. [...] Eu sou grata por estar nas minhas mãos ajudar e na maior parte é ele [paciente] que me ajuda. Mas tem hora que é bem difícil, mas a gente vai buscando força, vai rezando, pedindo a Deus. [...] o nosso dia-a-dia já é diferente, já torna a nossa vida mais difícil. [...] (P12.2)

Então, o sentido da presença de Deus, sagrado definido pelos participantes, é vivenciado de distintas maneiras, com significados que contemplam o amor, a força, a fé religiosa, a crença, a tranquilidade, a proteção como também a possibilidade de superar obstáculos.

Ademais, durante as entrevistas, foi evidenciada relação da espiritualidade com o alcance do bem-estar pessoal que envolve o sentido da vida e contribui para

a redução de conflitos interpessoais, que vai além de vertentes religiosas. E conforme Boff, 2018, p.191, “a espiritualidade ou a vida do espírito emerge em nós quando passamos das ideias para o coração, das doutrinas para a experiência”.

Isso posto, a espiritualidade é considerada com significados ontológicos durante a vida que provêm de muitas experiências, valores, culturas, crenças, situações que superam o subjetivo, crenças institucionalizadas e atingem a transcendência. Além da conexão íntima do ser relacionada com a influência com o próximo, com o meio externo e principalmente, consigo mesmo (ROSS, 2014; CATRE, 2016; MIQUELETTO, 2017).

Nesse sentido, alguns profissionais conseguiram discernir os conceitos desses termos. Como exemplo disso:

“Religiosidade é a religião que crê, segue e pratica.” (P7.1)

“Religiosidade é quando uma pessoa acredita que Deus vai salvá-la.” (P11.1)

“[...] religiosidade é tudo aquilo que se refere à atividade religiosa e crenças, seja qual religião for.” (P1.1)

“A religiosidade é quando se tem alguma fé religiosa específica.” (P6.1)

“Espiritualidade pra mim nada mais é que ir na igreja, acreditar em Deus, é fazer autorreflexão dos nossos atos, é querer o bem e fazer também o bem né?” (P1.2)

“Ah... acho que a espiritualidade é o sentimento que move cada atitude.” (P4.2)

“A espiritualidade é consequência de cada ato que a gente tem durante a vida e é uma estratégia para nos ajudar a viver, a ajudar o outro também.” (P3.2)

E mesmo que alguns autores defendem que a religiosidade e a espiritualidade apresentam o mesmo significado e sentido, relacionadas diretamente a uma crença, vale esclarecer que a essência do ser humano é espiritual e até os que se consideram ateus, cultivam a dimensão da espiritualidade. Isso porque a atitude espiritual nada mais é que a confiança intensa no que vai além do que se pode ver, medir e diagnosticar (BUENO, 2014). O que fica evidente nos relatos do seguinte profissional entrevistado:

“Não tenho uma religião. E como não tenho crença, não sei ao certo identificar quando há espiritualidade no meu ambiente de trabalho [...] pois vejo que cada um acredita no que lhe interessa.” (P6.1)

“Sabe, eu mudei muito os meus pensamentos depois que li sobre espiritualidade, você percebe o quanto mudei da primeira vez que você me entrevistou até hoje. E vejo que foi pra melhor.” (P6.2)

Diante dessas discussões, pôde-se reconhecer que a religiosidade foi considerada uma estratégia terapêutica ao simbolizar respostas que os seres humanos buscam por meio de crenças e práticas religiosas, especialmente, em situações delicadas, como é o caso da oncologia, considerada uma doença incurável e de percurso doloroso (MELLO; OLIVEIRA, 2013).

Contudo, embora seja preconizada a necessidade de se prestar atenção nas diferenças entre espiritualidade e religiosidade, é importante um cuidado que também envolva respeito às questões religiosas dos pacientes frente à trajetória da sua comorbidade, em vista que esses entregam a sua confiança ao conjunto de crenças que possibilita a proximidade ao Sagrado imposto por uma determinada religião. Logo, algumas falas intensificam a relevância da religiosidade na assistência de enfermagem:

Acho que o mais importante a se saber é que só chegamos a Deus através da fé [...] No meu trabalho, ofereço apoio ao cliente, conforto, mostrando a importância da fé religiosa nesse momento, e que a pessoa nunca estará sozinha quando tem Deus no coração. [...] Teve um paciente que aceitou Deus, ele passou deixar eu orar por ele, ele até voltou a se alimentar, as dores acabaram e ele teve alta [...] (P8.1)

Minha religião não é vista como religião e sim uma filosofia de vida, temos a necessidade de estudar e tentar evoluir a cada situação. [...] Acredito que em todas as situações, cada dia um plantão diferente que Deus se faz presente, confortando à nós, aos pacientes e familiares. (P12.1)

“Penso que se não tiver religião nesse momento tudo [tratamento] fica mais difícil, pois temos que ter fé em Deus.” (P2.1)

“Fui conversando com ele, para ele se entregar nos braços de Deus, para que acabasse com aquele sofrimento.” (P11.1)

“Eu sempre pergunto se o paciente tem alguma religião para poder saber o que posso falar no sentido de acreditar na cura da doença, de ter fé (religiosa), orar, ter esperança.” (P12.2)

Dessa forma, quando dependem da fé religiosa para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem, com destaque para os momentos que comprometem a integralidade da vida, como é o caso do paciente oncológico que está em processo de morte, outra visão é direcionada à religiosidade enquanto fortalecimento, ao

facilitar enfrentar a situação de fragilidade que o paciente se encontra como mencionado:

[...] devemos estar sempre praticando a religião para podermos ficar bem “conosco” mesmo e conseguir apoiar e confortar as pessoas. Sem religião acho que é difícil se viver, pois Deus é tudo na vida da gente. (P12.1)

Durante o cuidado paliativo de um paciente jovem em estado terminal, a presença de alguém da área religiosa influencia nitidamente na aceitação do seu processo de morte além de trazer conforto pra nós profissionais, porque a palavra de Deus acalma, dá esperança. (P5.1)

[...] o paciente não veio à óbito, mas era um paciente complicado, agitado, com várias escaras e dores pelo corpo e ele estava se entregando para a sua doença, se prostrando a cada dia, e não se alimentando. Falei pra ele entregar a sua doença, suas dores e angústias para Deus, depois dessa conversa por coincidência ou não, ele foi melhorando a cada dia. A gente orava junto e isso me fortalecia e a ele também. (P8.1)

Portanto, esses pensamentos coincidem com o estudo de Machado et al., (2016), quando diz que envolver as questões religiosas diante da aproximação da morte são consideradas facilitadoras na superação do luto ou então, para a redução do medo da morte que pode acarretar nos envolvidos.

5.3.2 Conforto proveniente do cuidado de enfermagem com ênfase na espiritualidade

Hoje a singularidade de nosso tempo reside no fato de que a espiritualidade vem sendo descoberta como dimensão do profundo do humano, como o momento necessário para o pleno desabrochar de nossa individuação e como espaço da paz no meio dos conflitos e desolações sociais e existenciais (BOFF, 2018, p.166).

Em meados do início do século XX, a dimensão espiritual foi introduzida e normalizada na assistência à saúde, ao conceber-se como uma nova maneira de ser e estar no mundo além de ampliar o conhecimento científico. E ao referir-se às situações que transcendem o ser para além da matéria, é potencializada a forma de interagir com o próximo e com o mundo (PENHA; SILVA, 2012), como relatado a seguir:

A todo momento uso a espiritualidade para tratar meus clientes, ficando bem comigo mesmo e transmitindo para eles através de uma boa conversa, um momento de descontração [brincadeiras] [...]. Em muitos casos funcionando como uma terapia para aquele momento, que traz mais sentido pro nosso trabalho. Hoje mesmo ao chegar no meu plantão, me deparei com um cliente que estava cabisbaixo, triste, desanimado. Com paciência, eu cheguei e aos poucos fui brincando e tornando o seu dia um pouco melhor, fazendo esquecer de alguma forma do quadro que ele se encontrava. Fiquei muito feliz por poder passar para ele um pouco da minha espiritualidade. (P10.1)

A espiritualidade quando aplicada no ambiente de trabalho, provém da experiência interior com os que nos relacionamos. [...] De uma maneira a qual todos os pacientes oncológicos devem ser compreendidos em sua totalidade e particularidade. A espiritualidade e religiosidade contribui significativamente no processo do tratamento e em sua finitude. A experiência por mim vivenciada evidencia em muitos momentos no qual o cliente encontra no profissional uma base de conforto e confiança, se sentindo confortável, acolhido e respeitado como um todo. A importância do profissional preparado e humano é imprescindível para um cuidado integral e espiritual. (P4.1)

E ao se tratar de doenças crônicas sem possibilidades científicas para a cura, de acordo com a literatura, os próprios pacientes e todos os envolvidos no processo da morte, como exemplo a equipe de enfermagem, buscam pela crença espiritual como esperança e conforto (CERVELIN; KRUSE, 2014).

Dessa maneira, ao relacionar a espiritualidade no cuidado da pessoa com câncer, tal doença proporciona distintos significados que frequentemente são negativos por ser vista com difícil aceitação (SARATTO et al., 2016).

Guerreiro, Zaga, Sawada, et al. (2011, p. 58) afirmam que “o câncer amedronta e a espiritualidade, renova”. O que apoia a influência positiva da valorização da dimensão espiritual durante a assistência à saúde, inclusive na oncologia.

Contudo, mesmo diante dos avanços tecnológicos e científicos contemporâneos no âmbito da saúde frente à proximidade da morte, esta, permanece como um símbolo de fracasso. Portanto, pensar sobre o processo da morte e, conseqüentemente, sobre o luto, é difícil, embora a ciência trabalhe em prol desse assunto, o mesmo se mantém considerado como um “tabu” na sociedade. Justificado pelo fato de no ocidente a morte não ser vista com naturalidade, sendo algo cultural, enquanto no oriente, é a crença na possibilidade de libertação do sofrimento (ALVES, 2013).

Destarte, viver o luto tem sido um problema singular de cada indivíduo, ao deixar de ser um momento necessário e natural, para uma condição mórbida que precisa ser tratada, abreviada e abolida (BUENO, 2014). Entretanto, há aqueles que associam a morte a algo biológico ou até a uma passagem para uma nova fase, sem a considerar como o fim. Esse aspecto fica evidente nestas falas:

“Espiritualidade é quando já aceita a morte e sabe que tem um outro plano espiritual.” (P11.1)

“Percebo a espiritualidade quando a cura é o milagre dentro de uma situação que não teria mais esperanças.” (P7.1)

Então, pode-se reconhecer a espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento que contribui para o profissional da área da saúde a planejar e desempenhar um cuidado integral, humanizado, sem muito sofrimento. Logo, tem a espiritualidade como uma estratégia terapêutica (ARRIEIRA et al., 2016). Já na fala a seguir, entende-se a espiritualidade como a ação de uma divindade sobre o ser humano.

Afinal, torna-se fundamental que os profissionais considerem os seus pacientes numa visão ontológica do ser, que haja respeito diante da maneira como estes vivenciam a sua condição de saúde, o processo da morte, suas crenças, valores e como isso influencia na qualidade de vida. Consequentemente, essa atitude irá refletir em um melhor relacionamento entre os envolvidos no processo de cuidar (GUERRERO et al., 2011). Torna-se o saber ouvir com profundidade essencial por ser uma estratégia do cuidado espiritual, conforme o relato seguinte.

“Então, através da escuta, do conforto, de palavras de carinho que utilizo a espiritualidade no meu trabalho e faço a diferença.” (P12.1)

Logo, a partir da escuta, a busca por algo que seja importante para o paciente, mas que ainda não foi valorizado pode ser o que possibilitará a aceitação do seu direito de morrer, contribuindo para uma morte digna, tranquila e em paz. O depoimento a seguir é exemplo disso.

Tive uma experiência em que percebi a espiritualidade no momento em que um paciente oncológico prostrado sem estímulo algum, em condições de finitude de vida, mas que relutava a todo tempo [...] em cuidados paliativos há muito tempo [...] A equipe já não sabia mais

como ajudar tanto o paciente quanto a família que sofria junto. Até que um dia, no banho, conversando com o acompanhante, perguntei se tinha algum familiar ou alguém importante que, por algum motivo, não tinha ido visitá-lo. E dissera que sim, que o paciente cuidou a vida inteira de uma irmã acamada e que por esse motivo, não poderia visitá-lo. Foi então, que tive a ideia de pedir o acompanhante pra ligar para essa irmã e colocar o telefone no ouvido do paciente. Ele que já não apresentava mais reações, demonstrava ouvir o que a irmã dizia no telefone, foi então, que após alguns segundos, o mesmo veio à óbito, de maneira tranquila [...] Foi inexplicável ou só a espiritualidade explica. (P9.1)

Essa fala pode ser compreendida melhor em Leonardo Boff (2018, p.188), no seu livro intitulado “Reflexões de um velho teólogo e pensador”, que traz alguns exemplos que contribuem para esclarecer a situação relatada pelo profissional.

Quando no Rio de Janeiro, estamos diante do mar e das ondas grandiosas da Avenida Niemeyer, não vemos apenas o mar, vemos a majestade e a imponência. Ou quando estamos no alto do Cristo, do Corcovado, vemos a beleza, mais do que a pedra. A pedra, o mar e a natureza toda têm mensagens, nos falam e, se formos espirituais, podemos escutá-los. Quando nos vergamos sobre um recém-nascido nos enchemos de enternecimento, nos deslumbramos com o mistério da vida, com o brilho de seu olhar (BOFF, 2018, p.188).

Então, ao considerar a enfermagem como uma profissão que desempenha assistência direta, com papel de coordenação, maior vínculo e intimidade com os medos, inseguranças e preocupações dos pacientes, de perspectiva holística na assistência, os profissionais dessa classe conseguem valorizar o cuidado espiritual por meio da avaliação e monitorização dos aspectos da vida do ser cuidado, sua família ou acompanhante. Portanto, o cuidado espiritual de enfermagem valoriza as singularidades e contribui para reflexões sobre a vida, significados, culpa, perdão e crenças no pós-morte (CERVELIN; KRUSE, 2014).

O que torna evidente a importância do cuidado espiritual. Contudo, é inviável cuidar baseando-se nas questões espirituais sem antes conhecer a si mesmo e a sua própria espiritualidade. Mas os profissionais devem trabalhar as crenças de seus pacientes sem influenciá-los com a sua verdade, com respeito à singularidade de cada um, pois o cuidado espiritual é de todos.

5.3.3 Profissional de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico em processo de morte: espiritualidade enquanto estratégia de enfrentamento

Durante o cuidado ao paciente oncológico que vivencia o seu processo de morte, a espiritualidade é considerada a necessidade crucial a ser atendida em virtude da fragilidade que a proximidade da morte pode causar, além do receio e medo do desconhecido (EVANGELISTA et al., 2016a).

De acordo com alguns profissionais, ofertar conforto, saber ouvir, importar-se com as necessidades do paciente e de seus acompanhantes, conversar, promover recursos e esclarecer dúvidas quando necessário são provas de que a espiritualidade é uma estratégia de cuidado, especialmente em situações relacionadas à morte. Isso é justificado pelo fato de quando se trabalha a dimensão espiritual contribui-se para auxiliar o outro a se conectar a algo que supere, que transcenda a racionalidade e a materialidade (SILVA et al., 2016).

5.3.3.1 Relações interpessoais através da escuta, interação e respeito

Dessa forma, é importante relatar que em 2003, o Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses) considerou a espiritualidade como elemento integral do cuidado holístico, e em 2006, pelo Conselho Australiano de Enfermeiros e Obstetras (MACHADO, 2016; RONALDSON et al., 2012). Para alcançar de fato, esse cuidado holístico e integral, é importante que o profissional se detenha de algumas atribuições.

“A capacidade e disponibilidade de ouvir os usuários e suas necessidades, interagindo com eles, levando em conta seus contextos e seu modo de levar a vida, podem ser um bom começo (CECÍLIO, 2001, p.114-115).”

Diante da situação mencionada, torna viável associar a escuta e o respeito aos princípios do modelo de saúde biologicista que apresenta-se limitado quando não é capaz de fornecer suporte às diversas necessidades dos seres humanos, àquelas mais profundas que alcançam as inquietações além do corpo, mas da alma (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013; SAVIETO; LEO, 2016). Vale destacar que esse modelo é pautado no controle dos sinais e sintomas físicos. Portanto, o

foco dos profissionais deve estender-se às demais dimensões humanas e não se restringir ao tratamento unicamente, físico e impessoal (MOSS, et al., 2014; SAVIETO; LEAO, 2016).

E a enfermagem tem a capacidade de estreitar a relação entre o conhecimento científico e racional aos fatores humanísticos pelo fato de exercer a profissão para além dos cuidados biológicos, ampliando ao atendimento e acolhimento baseado no olhar biopsicossocial diante das necessidades dos pacientes e de seus familiares (CYPRESS, 2014; SAVIETO; LEAO, 2016).

As ideias mencionadas são corroboradas por Leonardo Boff ao dizer que “então desenvolver a espiritualidade é desenvolver a nossa capacidade de contemplação, de escuta das mensagens e dos valores que impregnam o mundo à nossa volta” (BOFF, 2018, p.188). Esse aspecto fica evidente nesta fala:

Ai passado um tempo, nós da equipe conversando, chegamos a pensar que ele poderia estar esperando por alguém, uma visita de alguém para poder partir. Eu acho que era um irmão que ele não via há muito tempo. E num dia esse irmão veio de longe, fez a sua visita e passada algumas horas, o paciente veio a falecer. [...] Foi conversando com os próprios familiares que a gente descobriu essa necessidade da visita do irmão. Eu perguntei a esposa se não tinha nenhum irmão, colega que ele não veio ainda visitá-lo? Ai que ela comentou que tinha um irmão dele que morava em outra cidade. Que tinha muitos anos que eles não se viam. Ai eu pedi pra ela tentar entrar em contato com esse irmão, pedindo pra ele vir visitá-lo, e expliquei que poderia ser só a presença do irmão que ele estava aguardando. E olha, foi o que realmente aconteceu. [...] Aí dá pra ver que não foi terapia medicamentosa que agiu, nem nada, foi a espiritualidade mesmo. (P10.2)

Percebe-se que a espiritualidade envolve proporcionar condições para o bem-estar do paciente, ao respeitar seus anseios e possibilitar que o mesmo pratique a sua própria filosofia de vida (SILVA et al., 2016). Nesse sentido, alguns participantes exemplificaram a execução do cuidado espiritual.

Muitas vezes que converso com algum paciente, sua família. Mesmo que [paciente] não me responda em palavras, uma lágrima ao ouvir a minha voz é prova que me ouvia, que teve sentimento, então é uma resposta. Depende de como você como profissional vai interpretar isso. [...] A gente tem que respeitar o limite do outro. [...] Tem que ter esse bom senso durante a assistência. Eu converso com o paciente [...] sempre vou lá e converso com ele. A pessoa não tem hora, não existe hora pra morrer, passa hoje, amanhã, depois de amanhã e eu

sempre converso. Explico tudo que estou fazendo, até quando vou colocar uma fralda... relato tudo. Eu acho que cuido além da ação dos remédios. (P9.2)

“Acho que tem que envolver a humanização profissional que é você sentir o outro.” (P5.2)

“Quando a gente “usa” da espiritualidade a pessoa fica bem, fica sentida com a paz interior dela e aí ela se permite descansar dessa luta.” (P1.2)

A gente precisa muito fazer pelo outro, e a diferença está aí. A gente tem que fazer pro outro, realmente o que gostaríamos que fizessem pra nós, pra nossa mãe, filho, até pra mim mesma [...] o trabalho que é feito com amor tem um diferencial daquele que é feito por obrigação. Eu não posso chegar aqui, dar o banho, medicar, e acabou. Temos que cuidar com amor senão vira uma coisa mecânica. É um ser humano nas nossas mãos né? Então eu procuro dar o melhor de mim. Eu sou humana, às vezes erro, mas eu procuro sempre fazer o melhor, eu faço pelo paciente, pela sua família. Isso faz parte da enfermagem, ter sensibilidade pelo outro né? Assim a gente vai fazendo a diferença nos nossos dias e no dia-a-dia deles também. E a melhor coisa é sair daqui com a sua consciência sabendo que o seu dever foi cumprido. Porque muitas das vezes, você não sabe se vai encontrar o paciente aqui ainda no próximo plantão. Então você tem que cuidar como se fosse o último dia pra ele, ouvindo, dando importância, porque a gente não sabe o que pode acontecer. (P12.2)

São exemplos de coisas básicas que acontecem, que trabalho a espiritualidade. Está liberado uma pessoa, a gente libera para duas. Então quando está naquele momento de vivenciar um processo de morte, a gente tenta liberar mais pessoas da família. Porque às vezes o próprio paciente demonstra que quer ver alguém. É respeitar as necessidades do paciente mesmo, entendeu? Principalmente quando você o acompanha por um tempo maior, então você já conhece as suas queixas, os seus anseios. (P3.2)

A minha posição é respeitar, sem misturar religião dentro do meu ambiente de trabalho, é de me colocar no lugar do outro para você executar, exatamente o seu dia-a-dia de trabalho bem, atender toda essa demanda. É fazer do dia, desse momento sensível pro paciente e seus familiares em si, um respeito mútuo. É saber que isso é primordial, essencial na minha vida, na vida do outro, do paciente, da sua família. É estar conectado com boas vibrações. É você chegar bem no seu ambiente de trabalho. (P4.2)

Dessa forma, comprova-se que a espiritualidade envolve o respeito às singularidades dos pacientes e de seus familiares, os seus direitos e valores. Tendo ainda, os profissionais envolvidos no cuidado à saúde, como os protagonistas a ofertar e exigir esse respeito (VALE; LIBERO, 2017). Os depoimentos a seguir demonstram a relevância de se valorizar as peculiaridades de cada ser.

Então, o profissional da saúde tem que respeitar a individualidade do paciente nesses momentos de tratamento sem cura, de final de vida [...] Eu reconheço essa necessidade espiritual, por estar ali na ponta do cuidado, que seja a partir da conversa, pelas visitas de enfermagem que a gente faz, com uma conversa um pouco mais detalhada, que se escuta o que o paciente de fato deseja falar. A gente pode perceber ainda, até pelo acompanhante que vem te trazer algumas demandas do paciente. Porque muitas vezes ele relata pro acompanhante e ambos vivendo aquilo juntos, acaba intensificando a necessidade. Então tanto num contato direto quanto numa percepção geral, numa simples observação do ambiente como um todo, eu acredito que seja inconscientemente. (P1.2)

Eu tento o máximo dar um pouco de conforto no cuidado ao paciente. Para que tenha mesmo dignidade no processo de morrer, quanto na aceitação da sua situação. A gente vê que tem muitos pacientes que lutam muito para não morrer, até a família mesmo fica ali segurando o paciente, intensificando aquele sofrimento, sabe? A gente tem que tentar minimizar o máximo, tentar dar um conforto maior, respeitar cada opinião. (P3.2)

Ah, eu converso [...] mas eu respeito o momento dele. Eu acho que a pessoa tem que querer também. Não adianta você querer forçar as coisas. E a gente vai conversando... É a partir da conversa e da escuta, da compreensão do que é importante para cada um né? (P11.2)

Assim, as experiências relatadas do modo de agir dos profissionais ao conviverem diariamente com os pacientes em processo de morte e seus familiares, esclarece o potencial que essa equipe tem frente à espiritualidade. E que são descobertos durante as relações entre profissional e paciente, profissional e familiares.

“Eu, no caso, tento passar palavras de conforto pra família também naquele momento. Assim, com até palavra de amor, carinho e eles agradecem, acho que gostam.” (P2.2)

De tanto contato que a gente tem, acaba que a gente cria um vínculo e reconhece o quão é importante [a espiritualidade] para o paciente e também para os que acompanham ele, seja paciente, cuidador [...] É uma grande troca, porque a gente acha que só a nossa espiritualidade que ajuda, mas a gente é ajudado também. (P1.2)

Portanto, o cuidado espiritual, principalmente no momento em que a morte é prevista, é reconhecido como benéfico não só para o paciente, devendo ser trabalhado também no acompanhante e no próprio profissional da saúde (ARRIEIRA et al., 2016; SILVA FILHO; FERREIRA, 2015).

“A espiritualidade agrega tanto pra equipe quanto pro paciente, seu ambiente, como pra si só enquanto pessoa mesmo.” (P4.1)

Aqui é complicado, porque a gente trabalha mais a família do que o paciente. Porque quando o paciente entra num estágio mais terminal, ele já evolui muito para um estado comatoso e rápido. Então assim, a minha abordagem é mais direcionada para a família. Agora na enfermaria onde o paciente entra em cuidados paliativos, tem que ser trabalhada a possibilidade da morte de uma forma mais clara. (P5.2)

Em muitas das vezes, eu não sei se é da minha pessoa, mas eu gosto de brincar; eu brinco muito com os pacientes, com os familiares. [...] E muitos sabem que o caso é bem grave e que infelizmente a pessoa vai vir a óbito. [...] Eu tento a todo momento transmitir um pouco de alegria para eles. Mas tudo tem um motivo, um local e hora certa. Quando um paciente já está em estado de morte, aí eu não brinco, já não é mais momento pra isso. Aí eu tento dar um conforto além do próprio paciente, mas para os seus familiares, porque eles também sofrem. (P10.2)

A partir desses relatos, é percebido que as relações interpessoais entre todos os envolvidos no processo de cuidar trazem preciosos ensinamentos. Porque oportunizam o contato mútuo da espiritualidade mediante a relação do profissional com o seu paciente e seus familiares. Em consequência, frequentemente se estimula as reflexões no sentido da nossa própria existência.

Assim sendo, tem-se como estratégia mais utilizada pelos profissionais, partir do princípio que só se cuida alicerçado pela reciprocidade, pela conversa, pela escuta com profundidade, pelo carinho ao fazer daquele momento, o único ou o último. Boff (2018, p.173), esclarece que “[...] é no coração que habitam os sentimentos profundos do amor, da amizade e da compaixão; é dos impulsos do coração que nos vêm a coragem de enfrentar obstáculos e de compartilhar a paixão de nosso semelhante.”.

Nesse cenário, a conversa acontece como meio para realizar o cuidado, na qual ampara a terapêutica como também, o profissional, o auxiliando a compreender melhor as necessidades de seus pacientes. Visto que no decorrer da comunicação possibilita que haja o *feedback* que poderá reorientar as ações no cuidado prestado. Considera a conversa então, fundamental para gerenciar e aprimorar a assistência (LOUREIRO; CAVACO; FERREIRA, 2015).

Faz parte do processo de comunicação, o escutar que apresenta dupla interpretação o que torna importante saber distinguir o escutar enquanto receber os sons e à procura de apreender de fato, o sentido do dizer, de se expressar. Esta definição indica aproximar o ouvir do que está interno no outro, ou talvez, atender o que foi dito. Então, para que se consiga escutar é preciso se doar, no sentido de se colocar inteiramente envolvido pelo o que está sendo falado. Ao escutar, abrimo-nos para o universo e para os outros, porque o falar nos conecta com o mundo e não apenas às palavras meramente ditas (CAMILLO; MAIORINO, 2012). Os relatos a seguir são exemplos disso.

Então você tem que ter a escuta, a valorização do paciente como um todo é muito importante, o acolhimento, a empatia, elas têm que vir sempre em primeiro lugar. Exatamente por essa questão, se você não tem um tempo pra escutar o outro, não tem como você resolver questões-chaves do que está acontecendo. Porque muitas das vezes a gente fica postergando muitas coisas e as vezes são pequenos atos que fazem toda diferença. Então eu acho fundamental a conversa. (P4.2)

Eu converso, escuto o que ele [paciente] tem pra falar, mas sempre respeitando o espaço do outro, respeito a sua cultura, as suas vontades. Nesse momento eu vejo a espiritualidade agir, acaba que é benéfica para todo mundo. (P11.1)

Dessa forma, a enfermagem quando rompe com a perspectiva tecnicista e se apoia no aspecto integral, considerado base para o seu cuidado, reconhece as necessidades biopsicossocioculturais e, inclusive, a espiritual, e aí sim, o profissional passa a prezar pela assistência apoiada pela escuta e pelo sentir, não restringindo-se apenas ao agir, executar. É essência da profissão cuidar do ser humano como ser complexo e multidimensional, com foco no respeito, com escuta atenta e sensível (CAMILLO; MAIORINO, 2012).

Outra estratégia de enfrentamento para os profissionais está voltada para a crença de que trabalhar a espiritualidade contribui para facilitar o lidar com a morte de seus pacientes. O que torna importante lembrar que o tema espiritualidade deve ser inserido durante a graduação do profissional de enfermagem, pois familiarizá-los com os aspectos espirituais contribuirá para tornar a morte de seus pacientes, mais digna e respeitada (ARRIEIRA et al., 2016; GARANITO; CURY, 2016).

Como já dito na anteriormente, há estudos que apontam que discutir a morte é algo negligenciado pelas instituições de formação o que irá resultar em sofrimento ao exercerem a sua prática profissional além de desempenharem condutas consideradas impróprias frente ao paciente em iminência de morte (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Contudo, persiste a dificuldade de implementar a espiritualidade, mesmo que haja comprovações que o cuidado espiritual apresente expressiva relevância no contexto da saúde, especialmente na oncologia em decorrência da intensa frequência de ocorrências da morte. Mas ao considerar a dimensão espiritual como uma estratégia facilitadora para tornar a morte digna, com menos sofrimento, exige que seja trabalhada a espiritualidade na equipe profissional por ser este, um preditivo positivo do bem-estar em proporcionar suporte emocional, espiritual, que traz sentido e contentamento no trabalho (ARRIEIRA et al., 2016; SILVA FILHO; FERREIRA, 2015).

Dessa forma, vale mencionar que: “nós esquecemos que pertencemos a essa linhagem, que somos fundamentalmente seres que sentem, que são afetados por outros e que afetam” (BOFF, 2018, p.173). Os participantes expressam essas questões nas falas a seguir:

Por mais que você trabalhe num hospital como é o nosso caso, oncológico, que a tendência é você ver mais os cuidados humanizados no final de vida a gente se envolve. [...] tem que ter também o cuidado com a saúde espiritual do profissional mesmo, porque por mais que ele veja aquilo todo dia, mesmo que corriqueira do dia-a-dia, ele acaba se envolvendo muito com os pacientes, não tem como, não tem como não se envolver. (P1.2)

Vem tudo da doença psicossomática do seu dia-a-dia, que acaba afetando no seu trabalho e isso não devia deixar tornar como um todo, mas você saber diferenciar cada momento [...] porque senão a gente acaba adoecendo por conta de tanto acúmulo. Digo em relação à parte psicossomática mesmo, principalmente na área de oncologia, na qual a gente fica tão vulnerável a essas questões do desgaste emocional tanto diante a situação do paciente quanto a reação do familiar. Então a gente tem que saber diferenciar, porque se isso acumular na sua vida, você não dá continuidade a certas coisas. A gente precisa se equilibrar pra levar equilíbrio e fazer o nosso serviço da melhor forma possível sem afetar a nossa saúde emocional, espiritual também. (P4.2)

Eu estou trabalhando isso [espiritualidade] com a minha equipe, que se a gente não estiver equilibrado espiritualmente, a gente não consegue trazer equilíbrio pra mais ninguém. Os profissionais da

saúde não têm um suporte, aquele cuidado de quem cuida. [...] Acho que trabalhar a espiritualidade devia começar pelo profissional do que pelo paciente, porque ajudaria bem mais no percurso dos momentos sensíveis como é lidar com a morte. Porque assim, estaríamos mais preparados para ajudarmos os pacientes e nos ajudar a superar cada perda também. (P6.2)

Acho que é nesse momento [frente à morte do paciente] que o que nos sustenta é a espiritualidade mesmo, porque ela nunca nos abandona, está sempre ali com você. [...] Acredito que a gente deveria discutir mais sobre a morte. [...] A espiritualidade, mais trabalhada entre nós, ajudaria mais no nosso trabalho, como se fosse um suporte mesmo pro nosso dia-a-dia. A gente vai vivendo um dia de cada vez, aprendendo mais que ensinando. (P12.2)

Frente a essas questões, a espiritualidade trabalhada no processo saúde-doença-cuidado, apresenta-se como suporte espiritual e força. Isto posto, a espiritualidade apresenta significados que têm relação direta com o cuidado que é exercido pela equipe para os pacientes e familiares e que são influenciados pelo estado emocional dos próprios profissionais por intervir diretamente nas relações intrapessoais e interpessoais (empatia, compaixão) (TAVARES et al., 2018).

Então, se não trabalhada em prol do equilíbrio pessoal do profissional, o mesmo pode desestabilizar sua própria condição de saúde.

Por que ninguém está acostumado e nem esperando perder. A perda é uma coisa que ninguém está preparado, entende? Então acaba que você vai sentir, isso é inevitável, tem pessoas que sentem menos e pessoas que sentem mais. Só que é o seguinte, você na área da saúde precisa trabalhar o seu psicológico, pois senão a gente adoce. Tem muitas pessoas na área da saúde que “encostam” por problemas não físicos, mas por problemas psicológicos, depressão. [...] A espiritualidade pode vir para reduzir esses quadros de ansiedade, depressão e insegurança. Eu sou um cara que digo que se o espírito estiver doente, o corpo inteiro está doente. (P7.2)

Tem muitos profissionais de enfermagem entrando em depressão, se suicidando, porque chega uma hora que se você não controlar fica difícil. Porque você faz, faz e faz, mas acaba não fazendo nada no final, ainda mais nessa parte de oncologia. Por mais que você cuide, dê carinho, chega uma hora que não tem mais o que fazer. Então assim, tem que ter consciência e a espiritualidade traz conforto pra gente, mas não depende tudo da gente também né?. (P11.2)

Fica evidente a necessidade da instituição preocupar-se com a preparação de seus profissionais quanto ao desenvolvimento de habilidades de comunicação e

relacionamento interpessoal (SILVA et al., 2016). O que irá contribuir para o equilíbrio e relação pessoal dos próprios cuidadores, conforme é mencionado:

“Eu acho que a espiritualidade traz equilíbrio para o paciente quanto para a equipe de enfermagem. Seria bom se a gente tivesse um apoio da instituição.” (P2.2)

“Se instituição trabalhasse a espiritualidade em nós profissionais, teríamos mais preparo para lidar com os pacientes e com os nossos próprios anseios.” (P11.1)

Portanto, introduzir a espiritualidade enquanto estratégia para o profissional exercer o cuidado de forma humanizada tanto para si quanto para o paciente contribuirá não só para o cuidado direto, mas também para o bem estar na instituição como um todo.

Assim, estimular a valorização da espiritualidade deve ocorrer a partir de uma educação continuada, na qual, pela perspectiva vygotskyana os seres humanos, sujeitos não meramente ativos, mas interativos, precisam desenvolver os seus conhecimentos e habilidades por meio das relações intra e interpessoais. Vale destacar que esse processo caminha das relações interpessoais no sentido das relações intrapessoais, ou seja, do plano social, pelas interações na instituição para o plano pessoal, íntimo de cada profissional (VYGOTSKY, 2000).

Então, a partir disso, a equipe de enfermagem em especial, consegue atingir a internalização da espiritualidade, utilizando da mesma como estratégia de enfrentamento diante dos momentos conflitantes da profissão como os frequentes episódios de morte no cotidiano do trabalho em oncologia.

5.3.3.2 O cuidado espiritual traz dignidade para a morte

Embora existam diversas terapias, há pacientes que vivenciam momentos que impossibilitam o alcançar da cura. É então, que valorizar as questões espirituais proporciona uma morte digna e respeitada (ARRIEIRA; THOFEHRN; PORTO, 2018). O cuidado espiritual como já discutido em outros momentos da dissertação, envolve o respeito das multidimensionalidades humanas. Nessa perspectiva, os relatos a seguir exemplificam que quando o profissional se sensibiliza com as necessidades do outro, sem se tornar limitado às terapêuticas curativas e medicamentosas, o mesmo favorece o cuidado exercido de forma mais sensível, mais humanizada.

Olha, desde que um paciente morreu comigo pedindo água, nunca mais eu neguei. Pra te falar a verdade, eu dou tudo, até coca-cola, vou lá embaixo compro escondido, nem pergunto a nutricionista. Porque ele já está em seus dias finais né? Pode ser seu último pedido. É bom saber que eu posso contribuir pra trazer dignidade pra morte dele. (P2.2)

Já aconteceu uma situação com copo de água. Uma paciente daqui, me pedia o tempo todo. Ela fez a ingesta hídrica e logo após ela veio a falecer. Como se fosse só um copo de água que ela precisava pra se permitir descansar. Então depois disso eu nunca mais deixei de acatar um pedido, porque é nítido como a morte fica mais digna, mais branda (P4.2)

[...] foi quando eu comecei a trabalhar na área de oncologia. Eu trabalhava numa pediatria, tinha um paciente [...], de onze anos. Esse me marcou. [...] ele estava realmente morrendo, dieta zero, sem água. A médica dele disse assim, que não tinha o que fazer mais, que era só esperar a morte. E ele agonizando... Ai eu entrei no quarto, ele segurou na minha mão, e falou: “tia, eu quero água, quero água” [...] E a médica dele estava no ambulatório nessa hora. Ai eu fui e perguntei a ela se ele podia tomar água, e ela falou assim: “vai ser indiferente, não vai passar a sede, mas se você quer dá, pode dá”. Fui lá, peguei uma garrafinha de água, dei pra ele. Ele foi e tomou a garrafinha toda de água. Uns quinze minutos depois ele faleceu. Pra mim foi bem difícil. Se eu não tivesse feito isso, eu ia ficar com a consciência pesada. [...] A gente sabia que ele ia morrer [...] E foi isso, ele tomou a água, passou um tempo e ele ficou sereno [...] A gente não dá valor a um copo de água né? Acha que é só um copo de água e pronto, mas pra muitos não é. Pra muitos um copo d’água é tudo que ele precisa, e quando a gente respeita, é como se a gente trouxesse dignidade para aquele momento. (P11.2)

Quando a espiritualidade é valorizada pelos profissionais no seu cuidado ao paciente, a pessoa fica bem, fica sentida com a paz interior dela e ai ela permite cessar essa luta e a morte vem com dignidade, sem tanto sofrimento. (P1.2)

Nesse cenário do processo de morte de um paciente, o cuidado transcende as dimensões físicas, psíquicas, emocionais, apresentando a espiritualidade como estratégia terapêutica, fonte de bem estar e qualidade de vida. Nessa lógica, o escutar com profundidade, valorizar o que é necessário e importante para o paciente nessa fase, associado aos alívios dos sintomas físicos, busca oferecer-lhes todas as possíveis condições para a realização de suas vontades e desejos nesse momento ímpar e singular. Ficando evidente ser essencial atender as necessidades espirituais dos pacientes, especialmente no seu processo de morte (ARRIEIRA et al., 2016). É como a autora Ana Claudia Quintana Arandes expressa nesta passagem:

Para estar do lado de alguém que está morrendo, precisamos saber como ajudar a pessoa a viver até o dia em que a morte dela chegar. Apesar de muitos escolherem viver de um jeito morto, todos têm o direito de morrer vivos. Quando chegar a minha vez, quero terminar a minha vida de um jeito bom: quero estar viva nesse dia (ARANTES, 2019, p.103).

Portanto, o trabalho da equipe de enfermagem não deve ser voltado para evitar que a morte ocorra, mas, de fato, o de promover a expansão das situações nas quais o paciente se sinta vivo.

5.3.3.3 Espiritualidade no momento da despedida: melhora precedida da morte

A espiritualidade “emerge como uma das fontes primordiais, embora não única, de inspiração do novo, de esperança alvissareira, de geração de um horizonte de esperança e de capacidade de autotranscendência” (BOFF, 2018, p.163).

Assim, valorizar a dimensão espiritual do paciente e também do profissional de enfermagem no momento da despedida pode ser considerada uma estratégia de enfrentamento. Visto que a espiritualidade seja um elemento fundamental nos cuidados à saúde, essencialmente no período de finitude de vida. Isso porque, esta pode viabilizar o sentimento de bem-estar, a autotranscedência, além de oferecer suporte para que o sujeito se estruture frente à situação considerada sensível por muitos. Garantindo-lhes ainda, auxílios para encarar os sofrimentos advindos da possibilidade da morte (ROCHA et al., 2016).

Logo, os profissionais de saúde com destaque para os de enfermagem, podem colaborar para reduzirem as chances de episódio de ansiedade, depressão e angústia, sentimentos frequentes durante a vivência com pacientes oncológicos em processo de morte. Por sua vez, devem incluir na assistência, a espiritualidade embasada em seus conhecimentos científicos a favor do bem-estar não só dos pacientes, mas no bem-estar geral, ao incluir os familiares e os próprios profissionais (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015; ROCHA et al., 2016).

Nesse contexto, a pesquisa trouxe muitos relatos que comprovam ser frequentes os acontecimentos de melhora antes do paciente vir a óbito. No qual é sugerido como relevante a inclusão da espiritualidade neste momento, buscando torná-lo menos doloroso e como uma oportunidade para que o paciente possa se despedir dos entes queridos ou até mesmo, dos profissionais que o acompanham.

Já presenciei pacientes que tiveram uma melhora e depois a morte, inclusive a gente costuma falar muito isso aqui entre os enfermeiros e os técnicos. Alguns pacientes que estão bem debilitados num processo final de vida mesmo, ai de repente dá uma melhora. Reagem, conseguem se alimentar, conseguem levantar, andar, ai passa poucos dias, o paciente vem a óbito. Então assim, isso é uma coisa bem comum, inclusive com pacientes oncológicos. Eles realmente costumam da uma melhora e depois, não tem jeito, morrem. Então quando têm essas melhoras, o cuidado espiritual ajuda e muito, porque a gente tenta dá um pouco mais de atenção. O nosso trabalho é muito corrido, não tem como ficar indo o dia inteiro no leito, você tem várias outras pessoas pra atender, então assim, a gente tenta dá um conforto maior para aquele determinado paciente. (P3.2)

Antes de falecer ele teve uma melhora, embora eu tive pouco contato com ele, porque era um paciente clínico. Não era um paciente em cuidados intensivos, eu tinha pouco contato, geralmente aos finais de semana que eu fazia plantão na enfermaria, eu tinha contato com ele. Mas todas as vezes que eu tinha essa oportunidade, eu conversava, e esse dia que conversei, ele não queria sair da cama, não queria tomar banho, porque estava com dor e tudo mais... Eu falei: “[...] vai tomar banho sim, trocar de roupa, fazer a barba”. Eu dizia que se ele tomasse um banho, fizesse a barba iria se sentir melhor. Ai nesse mesmo dia ele decidiu melhorar a situação e saiu da cama, comeu melhor e pouco tempo depois ele faleceu. (P6.2)

Já tive muitas vezes experiências com pacientes oncológicos em processo de morte que apresentaram melhora repentina e em seguida faleceram e acho que a valorização do cuidado espiritual pode ser bem favorável, inclusive nesse momento sabe! (P7.2)

Aqui, em vários momentos ocorre isso da pessoa que está em estado grave e do nada ela melhora, depois vem a falecer. A gente até fala que é a melhora pra piora né? Que a pessoa está grave, quando a gente vê, ela dá uma melhorada do nada, quando vê, dá aquele pico e falece, já vai embora, é coisa passageira mesmo. Bem provável que seja um momento pra despedida. Porque tem casos, que a pessoa está desfalecida mesmo. Quando vê, ela volta até a falar, a se comunicar. Fala até “eu vou melhorar”, mas depois o quadro agrava novamente aí é onde que a pessoa [...] vai a óbito. (P10.2)

“Grande parte [pacientes] tem uma melhora e depois evolui a óbito. Até a gente fala que é a melhora pra morte, parece que recupera todas as suas energias e logo em seguida, evolui.” (P12.2)

Porém, são precárias as pesquisas conclusivas que comprovam essa transição da melhora antes da morte de pacientes oncológicos em finitude de vida, embora seja algo comum na prática dos profissionais da saúde. Fato que condiz ser

uma lacuna para pesquisas que buscam descobrir o que ocorre nessas experiências.

A convicção é que um dia será decifrado o que realmente acontece. Mas enquanto isso, diante dos episódios, a espiritualidade pode vir atuar como estratégia para amenizar a dor, o sofrimento, a angústia e, principalmente, a cobrança interna dos profissionais de enfermagem que são formados para salvarem vidas a todo custo, não importando as consequências advindas para ele e para o outro (LIMA; MACHADO, 2018; MIQUELETTO et al., 2017).

Por fim, ao passo que os profissionais entrevistados para esta pesquisa expressaram interesse e mostraram-se estimulados a exporem os sentidos de espiritualidade, colaboraram de forma excepcional para prosseguir a discussão dessa temática. Em consonância, as discussões contribuirão para outros estudos que abordarem temas semelhantes. Dessa forma, cabe a esta pesquisa o papel de mediação ou facilitadora para estimular o uso da espiritualidade enquanto estratégia terapêutica no cuidado humanizado pela equipe de enfermagem, em especial ao paciente oncológico em processo de morte, embora podendo se adaptar e estender a outras categorias profissionais, realidades e contextos.

A seguir, recomendações para direcionar o público alvo no desenvolver da espiritualidade durante a assistência de enfermagem.

6 RECOMENDAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

A partir dos resultados e discussões, tornou-se pertinente a construção das recomendações e implicações para a prática da equipe de enfermagem para possibilitar que outros profissionais pudessem trabalhar a espiritualidade junto à sua equipe. Para tal, foi escolhido como ferramenta, o modelo triangular de Vygotsky visando propor uma estratégia para o desenvolvimento da espiritualidade durante a assistência de enfermagem. O triângulo é composto por três elementos fundamentais; a ferramenta mediadora, o sujeito e o objeto, ambos visam por um resultado.

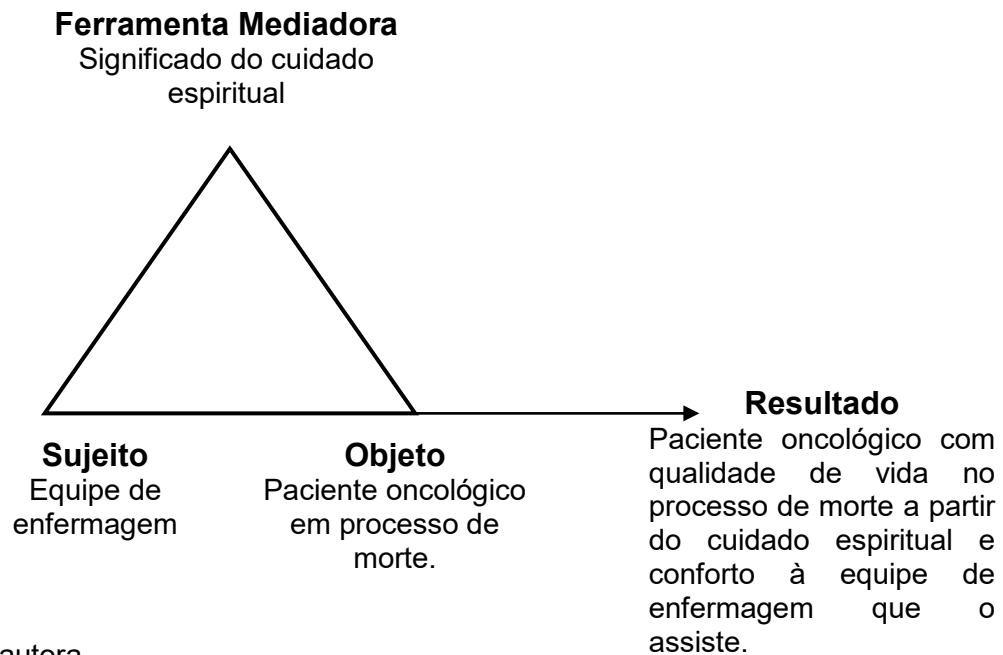
Então, a equipe de enfermagem que assiste ao paciente oncológico em processo de morte pode alcançar o significado de espiritualidade, construído nesta pesquisa, a partir das recomendações a seguir. Para isso, torna-se fundamental o conhecimento deste conceito considerado a **ferramenta mediadora**.

SIGNIFICADO DE ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade está sob a poderosa e amorosa energia que emana de todos nós e sobre nós, se comportando como uma dimensão humana profunda que transcende a nossa essência pessoal e profissional. É a mudança intrínseca que move o ser humano e o mundo ao seu redor, bastando a pessoa, em especial, a equipe de enfermagem, se permitir ser transformada e transformar o cuidado ofertado àquele que dispensa toda confiança a você, ser profissional e preferivelmente, ser humano.

A seguir, Vygostsky adaptado para propor uma estratégia para o desenvolvimento da espiritualidade.

Figura 3 – Vygotsky adaptado à uma nova estratégia de desenvolvimento da espiritualidade



Fonte: A autora.

Por conseguinte, realizada a leitura desse modelo são recomendados os passos elencados a seguir:

Sujeito

O sujeito, a equipe de enfermagem, deve orientar-se por estratégias terapêuticas relacionadas ao cuidado espiritual como:

- ❖ trabalhar a autorreflexão pessoal frente aos seus atos enquanto profissional ao desenvolver o cuidado espiritual;
- ❖ preparo formal para o cuidado espiritual, ou seja, incluir a espiritualidade durante a formação profissional;
- ❖ manutenção de atualizações diante o cuidado espiritual durante a sua vida profissional;
- ❖ permitir se sensibilizar com o sofrimento alheio;
- ❖ discutir sobre a ocorrência da morte entre os profissionais de enfermagem.

Objeto

O profissional de enfermagem deve reconhecer as características subjetivas de cada paciente, considerado o seu objeto de cuidado, visando proporcionar condições que contribuam para a qualidade de vida no momento da morte, a partir do cuidado espiritual. São evidenciadas como características importantes a serem valorizadas nesta situação:

- ❖ medo ao associar a sua doença à morte próxima;
- ❖ ansiedade profunda do desconhecido;
- ❖ intenso sofrimento;
- ❖ angústia;
- ❖ depressão.

Ferramenta mediadora

Para possibilitar os benefícios do cuidado espiritual, ou seja, a ferramenta mediadora, torna-se fundamental que haja a valorização de atitudes como:

- ❖ ofertar conforto, suporte e amparo;
- ❖ proporcionar dignidade para a morte;
- ❖ escutar com profundidade ao valorizar o que é necessário e importante para o objeto de cuidado, ao envolver a compreensão profunda do ser ao fazer daquele momento, o único ou último;
- ❖ respeitar às singularidades enquanto ser multidimensional;
- ❖ promover dignidade enquanto houver vida e respeito aos rituais familiares após a morte.

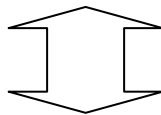
Continuamente, são mencionados a seguir, os estágios para facilitar a compreensão dessa proposta para o desempenhar do cuidado espiritual.

Tema central: Cuidado Espiritual

Estágio I: A espiritualidade e a equipe de enfermagem diante do paciente.

Marco conceitual da espiritualidade para a equipe de enfermagem:

Sujeito – equipe de enfermagem
 Objeto – paciente
 Ferramenta mediadora – cuidado espiritual

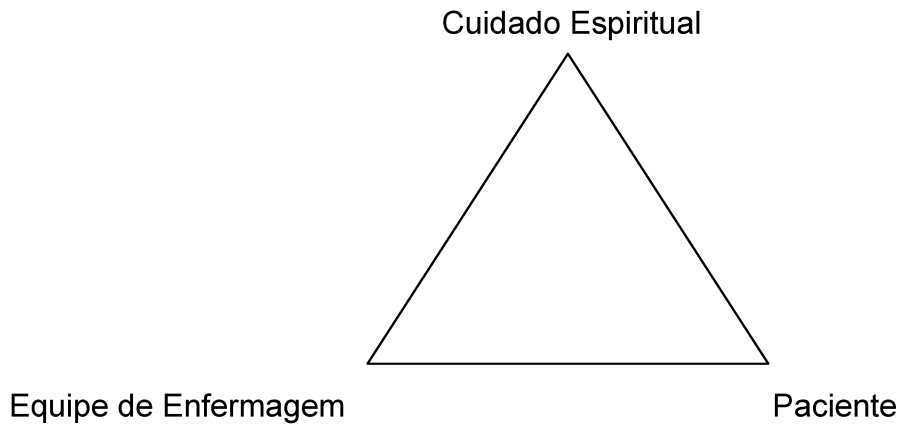


Ferramenta mediadora:

Interação interpessoal entre profissionais;
 Interação interpessoal entre profissionais e paciente;
 Interação intrapessoal, o contexto sócio-histórico-cultural e a transcendência;
 Ficha de leitura (sugestão).

Leitura: Para construir um cuidado espiritual é importante definir o objeto, o sujeito e a ferramenta mediadora. A partir da ideia vygotskyana, uma ferramenta mediadora trabalha em prol de aperfeiçoar o conhecimento prévio de um determinado assunto proposto. Ela pode ser um manuscrito que aborde sobre a temática de interesse, as interações interpessoais entre os envolvidos, a interação intrapessoal que possibilita a transcendência. Tal ferramenta sofrerá influências do contexto sócio-histórico-cultural que o sujeito se insere e de maneira constante.

Estágio II: A espiritualidade como estratégia de enfrentamento diante de situações que tiram o profissional da sua zona de conforto.



Leitura: torna-se fundamental definir qual a situação pela qual a espiritualidade pode servir de estratégia terapêutica para o objeto selecionado na etapa anterior. Por exemplo: a situação diante da possibilidade da ocorrência da morte do paciente.

Estágio III: Modelo construído por seis passos para se trabalhar na equipe associando a situação conflitante à espiritualidade



Fonte: A autora.

Leitura: Em um ambiente privativo, confortável e tranquilo, deve-se compreender individualmente o sentido de espiritualidade, sem influenciá-los. Visando colaborar para a compreensão dos dados obtidos, é necessário agrupar todas as informações coletadas que são referentes à realidade da prática desses profissionais.

É crucial trabalhar as ferramentas mediadoras e estipular um período predestinado para a internalização, ou seja, o aperfeiçoamento do conhecimento de cada participante. Pelo fato de no segundo momento, as informações serem relatadas sob uma nova perspectiva devido as interações que ocorrem antes e durante todo o processo. Isso é justificado pelo referencial teórico Vygotsky, principalmente ao se tratar da dimensão subjetiva de cada ser humano. Então, retorna-se ao questionamento sobre o sentido de espiritualidade, definindo-o.

Vale destacar que cada entrevista irá identificar conteúdos relevantes para a criação de uma proposta ou estratégia de enfrentamento específica dessa equipe de enfermagem. Respeitando as singularidades de cada um e o contexto sócio-histórico-cultural em que se inserem.

As entrevistas contribuirão para a discussão e reflexão de novas maneiras de lidar com a situação definida, introduzindo modelos inovadores para o desenvolver da assistência com mais humanização, respeito e dignidade ao processo considerado complexo. Por conseguinte, à medida que os participantes expressam os seus sentimentos e pensamentos, há uma transformação que ocorre no sentido interno (intrapessoal) para o externo (interpessoal), no qual leva à valorização do cuidado terapêutico ofertado.

Por fim, depois de muita leitura e releitura dos depoimentos, torna-se possível construir o significado de espiritualidade para essa equipe. E então, disponibilizá-lo aos participantes como forma de estimular o uso do cuidado espiritual como estratégia terapêutica durante a situação determinada no segundo estágio, favorecendo a ambos os envolvidos, equipe de enfermagem (sujeito) e paciente (objeto).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de enfermagem reflete em um conjunto de profissionais único e singular, cada qual com a sua dinâmica de relações, posturas, pensamentos, seres intrinsecamente relacionados entre si, que influenciam e são influenciados a todo tempo pelo contexto sócio-histórico e cultural.

Logo, no contexto da enfermagem é importante compreender a multidimensionalidade do ser pessoal que apresenta o pensar, o agir e o sentir baseado nas suas subjetividades humanas. Essa subjetividade está presente na maneira de interagir com o outro e de se comunicar. O que contribui para o profissional em si como também para o paciente, seu familiar, acompanhante e equipe multidisciplinar.

Assim como o ser humano, a espiritualidade é multidimensional e relacional, que abrange sentidos, significados, objetivos de vida, autorreflexão e crenças, sendo considerada comum aos sujeitos a necessidade espiritual, sobretudo frente aos momentos finais da vida terrena.

Ao se tratar do processo de morte, a pesquisa, sustentada por outros estudos, evidenciou que ainda existe uma intensa dificuldade em lidar com esse episódio, embora seja biológico e vital na vida das pessoas. Os profissionais da área da saúde com destaque aos de enfermagem, são formados para salvarem vidas, sem levar em consideração as consequências advindas. Sejam elas dores físicas, emocionais e espirituais, tanto desses quanto dos pacientes e daqueles que os acompanham.

Então, lidar com a possibilidade da morte torna a enfermagem vulnerável necessitando investir no apoio para que consigam ajudar e também se ajudarem nas demandas emocionais e de bem-estar. Em função disso, é fundamental discutir sobre a morte seja durante a formação profissional ou na própria instituição de trabalho. Porque enquanto não se conversar sobre esse assunto, a morte continuará como algo inevitável, mas distante do ser humano e silenciada na sua assistência.

Torna-se quase um consenso que a morte traz sofrimento, o que configura a relevância em trabalhar nos profissionais a valorização da dimensão espiritual buscando refletir em uma prática assistencial segura, de qualidade, desprovida de sentimentos dolorosos como a angústia, a cobrança interna e o medo do desconhecido.

Circunstâncias pela qual, no âmbito da oncologia, são frequentes, tanto os episódios de morte dos pacientes diagnosticados com algum tipo de câncer quanto na realidade dos profissionais que os assistem.

Dessa maneira, faz-se compreender o motivo por escolher trabalhar com a temática em questão, devido à relevância da espiritualidade nesse contexto e a sua contribuição ao proporcionar harmonia interna e conjunta.

O referencial teórico e metodológico de escolha para a pesquisa, a Teoria Histórico Cultural de Lev Semionovich Vygotsky, proporcionou aos participantes, o desenvolvimento potencial após a primeira abordagem com a disponibilização da ficha de leitura como ferramenta mediadora, pela socialização entre pesquisadora e depoentes, depoentes e depoentes, e ainda, depoentes com demais pessoas durante o período predestinado para a internalização do conhecimento diante do tema da espiritualidade.

Este foi transformando o processo de internalização na Zona de Desenvolvimento Proximal para então, converter-se em um desenvolvimento real. No entanto, o salto qualitativo enquanto sentido individual, foi evidente pelos relatos e no desenvolvimento potencial que se tornou real ao conseguirem de fato, compreender a espiritualidade como algo transcendente e não, necessariamente, religioso como no primeiro momento, onde a ideia de que espiritualidade ainda era confundida com religiosidade.

Puderam assimilar a religiosidade à fé dependente de dogmas pertencentes a uma determinada religião e espiritualidade, a algo que não é fácil de explicar por palavras, mas que é sentida, vivenciada, como aquela que transcende todo conceito concreto e racional, e, substancialmente, que traz sentido pra vida.

Observou-se ainda, que alguns profissionais diante do paciente que está em finitude de vida, encontram a presença de Deus muito significativa. Relatam que mediante a espiritualidade torna possível ofertar conforto, seja pela oração com o próprio paciente beira leito junto de seus familiares ou até sozinho, mas sempre a favor do paciente e de seus acompanhantes. Outros expressaram que o pensamento positivo nessa situação é importante confirmando a relevância de exercitar a transcendência e o otimismo.

Além disso, pôde-se compreender que ao relacionar a empatia, a compaixão e o amor, ao ato de cuidar de tantos seres considerados únicos e incríveis, torna esses sentimentos alicerces da espiritualidade dentro de cada um. Não importando se há um elo ou não com a religião ou com um Sagrado específico. Se a dimensão espiritual estiver fundamentada e vivenciada em tais sentimentos, não apenas conceituados, não interessa qual o caminho apontado, haverá mais sentido para a vida de todos.

Portanto, após as etapas da pesquisa, entendeu-se que o sentido de espiritualidade contribui para o bem estar do próprio paciente, familiar e acompanhante, como também reflete em conforto e melhor aceitação da frequência da morte durante o trabalho da equipe de enfermagem frente à situação de finitude de seus pacientes oncológicos.

Compreende ainda, que a singularidade de cada ser humano torna o processo de morte uma experiência particular e individual que pode ser experienciada de diversas maneiras por cada um e que depende do contexto sócio-histórico e cultural em que este faz parte. Contudo, não aceitar a morte como um processo natural da vida relaciona-se com a ausência de sentido e pelo medo do desconhecido, que acontece após a sua ocorrência.

Dessa forma, cabe salientar a ideia vygotskyana, a qual justifica que o sentido individual foi construído baseado nas interações com o meio, com as ferramentas mediadoras disponibilizadas e nas relações interpessoais e a partir de então, se alcançou o significado de espiritualidade para o público alvo desta pesquisa.

Apoiado pela concepção de que a morte traz sofrimento, a espiritualidade configura-se em uma estratégia terapêutica humanística transcendental, na qual cada ser humano vivenciará de sua maneira, entretanto, refletirá em bem estar conjunto. Concebendo a espiritualidade como única e exclusivamente, sentida e vivenciada.

A espiritualidade então, partiu do princípio de que para senti-la, transcende o que pode ser visto, palpável ou simplesmente compreendido por palavras. Abrange todas as necessidades humanas, que pode ou não estar associada a uma religião, favorece a filosofia de vida de cada um, além de trazer conforto aos momentos difíceis que o percurso da vida nos impõe.

Torna-se fundamental apresentar o significado de espiritualidade para a equipe de enfermagem que assiste ao paciente oncológico em processo de morte construído na atual pesquisa como objetivo alcançado. A seguir, o conceito desenvolvido:

A espiritualidade está sob a poderosa e amorosa energia que emana de todos nós e sobre nós, se comportando como uma dimensão humana profunda que transcende a nossa essência pessoal e profissional. É a mudança intrínseca que move o ser humano e o mundo ao seu redor, bastando a pessoa, em especial, a equipe de enfermagem, se permitir ser transformada e transformar o cuidado ofertado àquele que dispensa toda confiança a você, ser profissional e preferivelmente, ser humano.

Assim, a pesquisa confirma os pressupostos que a equipe de enfermagem pode contribuir para esse momento considerado sensível ao construir vínculo afetivo com o paciente, seus familiares e com os próprios profissionais que juntos vivenciam o processo da morte utilizando a espiritualidade como forma de amenizar os sofrimentos oriundos da sua ocorrência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.M. et al. Religious involvement and sociodemographic factors: a brazilian national survey. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 37, p. 12-15, 2010.

ALMEIDA, A.M., LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Cienc. Culto**, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 54-57, mar. 2016. Disponível em http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 fev. 2020.
<http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602016000100016>

ALVES, A.C.D. **Crenças ocidentais e orientais, sentido de vida e visões de morte**: um estudo correlacional. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/4230/1/arquivototal.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2019.

ALVES, J. P. S., PAULA, M. F. C. **A espiritualidade na arte do cuidar**: experiência do idoso hospitalizado com câncer. Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa, v. 2, p: 276-285, 2016.

ARANTES, A.C.Q. A morte é um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: **Sextante**, p.192, 2019.

ARAUJO, B.N. et al. Acolhimento do enfermeiro aos familiares de portadores de câncer: a percepção do familiar. **Rev Saúde e Desenvolvimento**, v.11, n.9, 2017. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/783/466>. Acesso em: 05 ago. 2019.

ARCE, A. A formação de professores sob a ótica construtivista: primeiras aproximações e alguns questionamentos. In: DUARTE, N. (Org.) **Sobre o construtivismo**: contribuições a uma análise crítica. Campinas, SP: Autores Associados, p. 41-62, 2000.

ARRIEIRA, I.C.O. **A espiritualidade no processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. 2009. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/1679091c5a880faf6fb5e6087eb1b2dc.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

ARRIEIRA, I.C.O. **Integralidade em cuidados paliativos**: enfoque no sentido espiritual. Tese (Doutorado em Enfermagem) Curso Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. 2015. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/TESE-Isabel-Cristina-de-Oliveira-Arriera.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

ARRIEIRA, I.C.O. et al. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer.

Cienc Cuid Saude, v.10, n.2, p.314-321, 2011. DOI:

<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i2.15689>. Acesso em: 03 nov. 2018.

ARRIEIRA, I.C.O. et al. Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos. **Avances en Enfermería**, v. 34, n. 2, p. 137-147, 2016. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n2.38144>. Acesso em: 06 nov. 2018.

ARRIEIRA, I.C.O. et al. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>. Acesso em: 05 ago. 2018.

ASSIS, M.D. **Ressurreição**: romance. Rio de Janeiro: B. L. Garnier, 1872.

BAQUERO, R. **Vygotsky e a aprendizagem escolar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

BENEDETTI, G. M. S. et al. Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. Acesso em: 08 Ago. 2018. Rio Grande do Sul (RS), v. 34, n.1, p.173-179, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100022>. Acesso em: 01 nov. 2018.

BENITES, A.C., NEME, C.M.B., SANTOS, M.A. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estudos de Psicologia**. Campinas (SP), v.34, n.2, p.269-279. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200008>. Acesso em: 06 nov. 2018.

BERTACHINI, L., PESSINI, L. The importance of the spiritual dimension in the practice of palliative care. **Rev. Centro Universitário São Camilo**, v.4, n.3, p: 315-323, 2010. Available from: www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf. Acesso em: 01 jan. 2019.

BÍBLIA SAGRADA. Versão online e atualizada. 2017. Coríntios 13:4-7.

BIRO, A.L. Creating conditions for good nursing by attending to the spiritual. **Journal of Nursing Management**, p.1-10. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01444.x>. Access on 01 Nov. 2018.

BOFF, L. **Ética e espiritualidade**. Como cuidar da casa comum. Petrópolis, Rio de Janeiro. Editora Vozes, 2017.

BOFF, L. **Experimentar Deus**: a transparência de todas as coisas. Campinas, SP: Verus Editora. 2002.

BOFF, L. **Reflexões de um velho teólogo e pensador**. Petrópolis, Rio de Janeiro. Editora Vozes, 2018.

BOFF, L. **Tempo de transcendência**. Campinas, SP: Sextante. 2000.

BONELLI, R.M., KOENING, H.G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. **J Relig Health**, v. 52 n.2: p: 657-73, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9691-4>. Acesso em: 07 nov. 2018.

BORTOLANZA, A.M.E., RINGEL, F. Vygotsky e as origens da teoria histórico-cultural: estudo teórico. **Educativa**, Goiânia, v.19, n.1, p. 1020-1042, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18224/educ.v19i3.5464>. Acesso em: 01 nov. 2019.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Organização Mundial de Saúde. **Oms propõe medidas para salvar 7 milhões de vidas ameaçadas pelo câncer**. 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-propoe-medidas-para-salvar-7-milhoes-de-vidas-ameacadas-pelo-cancer/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRITTO, S.M.C. et al. Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. **Revista Cuidarte**, v.6, n.2, p.1062-1069, 2015. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.170>

BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. et al. Dinâmica familiar no contexto do paciente oncológico. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 6, n. 1, p. 87-108, 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912014000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2018.

BUENO, I.J. **Morte e luto na contemporaneidade**: a influência da espiritualidade na superação da perda. Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 2, 2014. Disponível em: <http://anais.est.edu.br/index.php/congresso/article/view/232>. Acesso em: 18 abr. 2019.

CAMILLO, S.O., MAIORINO, F.T. A importância da escuta no cuidado de enfermagem. Universidade Federal do Paraná Curitiba. Paraná, Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, p: 549-555, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648964021.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

CAPELLO, E.M.C.S. et al. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. **Rev Health Sci Inst.**, v. 30, n. 3, p. 235-240, 2012. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p235a240.pdf. Acesso em: 18 maio 2019.

CARLA, B.E. et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v.20, n.1, p:176-182, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>

CATRÉ, M. N. C. et al. Espiritualidade: contributos para uma clarificação do conceitos. **Análise Psicológica**. (Acesso em: 03 Set. 2018); v.34, n.1, p.31-46, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.877>

CERVELIN, A. F., KRUSE, M. H. L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 136-142, março de 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100136&lng=en&nrm=iso. (Acesso em: 18 Abr. 2019). DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140020>

CHIANG, Y.C. et al. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. **Nursing Outlook**. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.012>. Acesso on: 07 JAN. 2019.

COLIMÃO, M.C.S.O. **Espiritualidade em cuidados paliativos**. In Estados Espirituais da Família após a perda de um ente querido – Perspectivas para o Serviço Social. Mestrado em cuidados paliativos. Universidade de Lisboa. 2014. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23419/1/11101_Tese.pdf. Acesso em 22 Abr. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN 564/2017**. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 21 Set. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466/2012 aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 21 Set. 2018.

COSTAS, F.A.T., FERREIRA, L.S. Sentido, significado e mediação em vygotsky: implicações para a construção do processo de leitura. **Rev Iberoamericana de Educación**, n.55, p.205-223, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v20n2/2175-3539-pee-20-02-00339.pdf>. Acesso em: 21 Set. 2018.

CYPRESS, B.S. The emergency department: experiences of patients, families and their nurses. **Adv. Emerg. Nurs**, v.636, n.2, p.164-76, 2014.

DANIELLE, R. et al. Whose role? Oncology practitioners' perceptions of their role in providing spiritual care to advanced cancer patients. **Support Care Cancer**. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-015-2611-2>. Access on: 10 Jan. 2019.

DECETY, J.E., JACKSON, P.L. A arquitetura funcional da empatia humana. **Comentários sobre Neurociência Comportamental e Cognitiva**, v.3, p. 71-100, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>. Acesso em 14 Ago. 2019.

ELIAS, N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: **Editora Jorge Zahar**, 1994.

ENGEL, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, 196 (4286), 129-136.

EVANGELISTA, C.B. et al. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.3, p.591-601, 2016a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324j>. Access on:14 Ago. 2019

EVANGELISTA, C.B. et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev de Enfermagem**, v.20, n.1, p.176- 182, 2016b. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>. Acesso em: 09 Nov. 2018.

FARIA, N.C. **O processo de morte e morrer de pessoas com câncer, em diferentes contextos, sob o olhar dos profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.22.2018.tde-01122017-201439>. Acesso em: 10 Nov. 2018.

FAVERO, L. et al. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, v.2, p. 500-5, 2013.

FERNANDES, A.M. et al. Research methodology of dissertation about innovation: analysis bibliometric. **Desafio Online**, v.6, n.1, p.141-159, 2018. Disponível em: <http://seer.ufms.br/index.php/deson/article/view/3539/4259>. Access on 20 Dez. 2018.

FRATEZI F.R., GUTIERREZ, B.A. O cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, 2011.

GARANITO, M.P., CURY, M.R. A espiritualidade na prática pediátrica. **Rev Bioét**, v.24, n1, p.49-53, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0049.pdf>. Acesso em: 06 Nov. 2018.

GOBATTO, C.A., ARAUJO, T.C.C.F. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**. São Paulo (SP), v.24, n.1, p.11-34, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/55988/59361>. Acesso em: 07 Nov. 2018.

GREGORIO, O.P. **O papel do enfermeiro no processo de cuidar sistematizado e humanizado em enfermagem no âmbito hospitalar**. Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis- FEMA, 2012. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/argTccs/0811250222.pdf>. Acesso em 18 jan. 2020.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v.64, n.1, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>. Acesso em: 16 Abr. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2018. **Incidência de câncer no brasil**. 2018. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 10 Nov. 2018.

JOÃO PAULO II. **Carta apostólica salvifici doloris**: o sentido cristão do sofrimento humano. São Paulo: Paulinas, 1984.

KOEING, H.G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **Psiquiatria ISRN**. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5402/2012/278730>. Access on: 07 Nov. 2018.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Traduzido por Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LA LONGUINIÈRE, A.C.F. YARID, S.D., SILVA, E.C.S. influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Rev Cuidart**, v.9, n.1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>. Acesso em: 07 Nov. 2018.

LAMPREIA, C. Linguagem e atividade no desenvolvimento cognitivo: algumas reflexões sobre as contribuições de vygotsky e leontiev. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.12, n.1, p. 225-240, 1999. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721999000100015>. Acesso em: 10 Nov. 2018.

LEITÃO, M.C., OSORIO, Y. Ensino fundamental i: um enfoque construtivista do movimento sobre formação atitudinal. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 17, n. 1, p.01-294, 2014.

LIMA, R.S., COSTA JÚNIOR, J.A. The process of death and dying in nurses vision. **ReOnFacema**, v.1, n.1, p. 25-30, 2015. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/13/8>. Acesso em 15 Jul. 2019.

LIMA, C.P., MACHADO, M.A. Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. **Psicologia: ciência e profissão**, v.38 n.1, p.88-101, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002642015>. Acesso em: 15 Abr. 2019.

LIMA, R. et al. Death education: sensibility for caregiving. **Rev bras enferm**, v.71, n.4, p.1779-84, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0018>. Access on 14 Abr. 2019.

LIMA, R. et al. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. **Rev Min Enferm**, v.21, p.1040, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170050>. Acesso em 11 Jan. 2019.

LOUREIRO E. et al. Competências de comunicação clínica: objetivos de ensino-aprendizagem para um currículo nuclear nas áreas da saúde. **Rev Bras Educ Med** [Internet], v.4, n.39, 2015. Available from: Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>. Access on 2017 Feb 02.

MACHADO, P.S. **Cuidado espiritual de enfermagem: análise de conceito**. Tese de doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ). 2016.

MACHADO, R.S. et al. Finitud y muerte en la sociedad occidental: una reflexión centrada en los profesionales de salud. **Cultura de los Cuidados** (Edición digital), v.20, n.45, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.10>. Access on: 2017 Abr. 02.

MANCHOLA, C. et al. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. **Rev Bioét**, v.24, n.1, p.165-175, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241118>. Acesso em: 06 Nov. 2018.

MATUI, J. **Construtivismo: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino**. São Paulo: **Moderna**, 1995.

MEDEIROS, L.A., LUSTOSA, M.A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev SBPH**, v.14, n.2, p.203-27, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013. Acesso em 10 Dez. 2019.

MEEZENBROEK, E. et al. Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires. **Journal of Religion and Health**, v.51, p.336-354, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9376-1>. Access on 14 Jul. 2019.

MELLO, M.L.; OLIVEIRA, S.S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.1024-1035, 2013. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400006&lng=en&nrm=iso. Access on 27 Apr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400006>.

MELO, C.F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 12 Ago. 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M.C.S. Sampling and saturation in qualitative research: consensus and controversies. **Rev Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v.5, n.7, p.01-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em 12 Mai. 2019.

MIQUELETTO, M. et al. Espiritualidade de famílias com um ente querido em situação de final de vida. **Rev Cuidarte**, v.8, n.2, p.1616-1627, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359550872007.pdf>. Acesso em: 14 Set. 2018.

- MIRANDA, S.L. et al. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: estudo exploratório. **Psicol Cienc Prof**, v.35, n.3, p.870-85, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000300870&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 09 Mar. 2019.
- MORAIS, I.C.P.S. et al. Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura. **Rev. Interdisciplinar**, v.6, n.1, p.96-104, 2013. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/13>. Acesso em: 14 Set. 2018.
- MOSS, C. et al. Experience in the emergency department: inconsistencies in the ethic and duty of care. **J. Clin. Nurs**, v.24, n.1-2, p.275-88, 2014.
- MOURA, M.O. **A atividade pedagógica na teoria histórico-cultural**. Brasília: Liber livro, 2010. 178 p.
- NEGRÃO, M.L.B. et al. T waiting room: potential for people with arterial hypertension to learn. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.6, p.2930-7, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0696>. Acesso em: 22 Jul. 2019.
- NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo (SP): **Cortez**; 1989.
- NUNES, F.N.L. et al. As evidências sobre o impacto psicossocial de profissionais de enfermagem frente à morte. **Rev. Interd**, v.9, n.4, p.165-172, 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/545>. Acesso em: 15 Jul. 2019.
- OLIVEIRA, M. K. Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento, um processo sócio-histórico. São Paulo: **Scipione**, 112p, 2009.
- ONWUEGBUZIE, A. J.; LEECH, N. L. Sampling designs in qualitative research: making the sampling process more public. **The Qualitative Report**, Fort-Lauderdale, v.12, n.2, p.238-254, 2007.
- PENHA, R. M., SILVA, M. J. P. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.21, n.2, p.260-268, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200002>. Acesso em: 06 Nov. 2018.
- PERES, M.F.P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. psiquiatr. Clin**, v.34, n.1, p.82-7, 2007.
- PIMENTEL, O. L. M. **Paciência**. In: Lenine - Acústico MTV. São Paulo: Sony BMG, 1 CD, faixa 4, 2006.
- PINA-JIMENEZ, I., AMADOR-AGUILAR, R. La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico.

Enferm. Univ, México, v.12, n.3, p.152-159, 2015. Disponível em http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300152&lng=es&nrm=iso. Acessado em 18 Fev. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.007>

PINTO, A.C. et al. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Rev Saúde**, v.11, n.2: p.114-122, 2015. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a02.pdf>. Acesso em: 05 Set. 2018.

PRADO, R.T. et al. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. Porto Alegre. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.39, e2017-0111, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100427&lng=en&nrm=iso. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>. Acesso em 10 Abr. 2019.

QUIJADA, P.D.S. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata em tratamento de radioterapia: revisão integrativa de literatura. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 3, p.199-204, 2018. DOI: <http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5835/3677>. Acesso em 10 Jan. 2019.

RIEGEL, F. et al. Contribuições da teoria de jean watson para o pensamento crítico holístico de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 71, n. 4, p.2072-2076, agosto de 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000402072&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 de fevereiro de 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>

ROCHA, P.T. et al. A influência da espiritualidade e da religiosidade no tratamento oncológico: percepção da pessoa com câncer. **RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, v.8, n.4, p.2031-2036, 2016. Disponível em: www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/A-INFLUÊNCIA-DA-ESPIRITUALIDADE-E-DA-RELIGIOSIDADE-NO-TRATAMENTO-ONCOLÓGICO.pdf. Acesso em 18 Abr. 2019.

ROECHE, M.V. **A necessidade de um novo modelo médico**: um desafio para a biomedicina. Tese de doutorado em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2015. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20368/1/MarceloVialRoehe_TES E.pdf. Acesso em 01 Set. 2019.

ROSS, L. et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a european pilot study. **Nurse Educ Today**, v.34, n.5, p.697-702, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.014>. Access: 06 Set. 2018.

SA, F.C. et al. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. **Rev. bras. educ. med**, v.42, n.3, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170134>. Acesso em 18 Abr. 2019.

- SALUM, M.E.G. et al. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. **Rev Rene**, v.18, n.4, p:528-35, 2017. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400015>. Acesso em: 10 Nov. 2018.
- SANTOS, M.A., HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v.18, n.9, p.2757-2768, 2013. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900031&lng=en&nrm=iso. Access on: 14 Dec. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900031>
- SAVIETO, R.M., LEO, E.R. Assistência em enfermagem e jean watson: uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro (RJ). (Acesso em 18 Jan. 2020), v.20, n.1, p.198-202, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 Dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>.
- SCHLEDER, L.P. et al. Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. **Acta Paul Enferm**, v.26, n1, p.71-8, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100012>. Access on 01 Nov. 2018.
- SCHIMIGUEL, J. et al. O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Saúde em Revista**, v.5, n.39, p.47-57, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v15n39p47-57>. Acesso em: 02 Nov. 2019.
- SILVA, B.S. et al. Percepção de equipe de enfermagem sobre espiritualidade nos cuidados de final de vida. **Cogitare Enferm**, v.21, n.4, p. 01-08, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.47146>. Acesso em 09 Jan. 2019.
- SILVA, M.H. **Trabalho por turnos e noturno**: impacto na qualidade de vida e na automedicação dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado de Gestão em Saúde. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. 2017. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/30892/1/RUN%20-%20Dissertação%20de%20Mestrado%20-%20Maria%20Helena%20Silva.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2019.
- SILVA, C.P. et al. Meaning of palliative care for the quality of survivorship of oncologic patient significado de los cuidados paliativos en la calidad de la supervivencia de paciente oncológico. **Rev Bras de Cancerologia**, v.62, n.3, p.225-235, 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/05-artigo-significado-dos-cuidados-paliativos-para-a-qualidade-da-sobrevivencia-do-paciente-oncologico.pdf. Acesso em: 02 Nov.2019.
- SILVA FILHO, A.L., FERREIRA, M.C. O impacto da espiritualidade no trabalho sobre o bem-estar laboral. **Psicologia: ciência e profissão**, v.35, n.4, p.1171-1187, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002482013>. Acesso em 09 Nov. 2018.

SILVA, G.F. **Cuidados paliativos e subjetividade**: ações educativas sobre a vida e o morrer. Tese, Universidade de Brasília, 2015. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19165/1/2015_GiselledeFatimaSilva.pdf. Acesso em 03 Nov. 2019.

SILVA, M.F.M. et al. Trabalho diurno e noturno: principais impactos do trabalho em turnos para a saúde de vigilantes. **Organizações em contexto**, São Bernardo do Campo, v.9, n.17, p.1982-8756, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/1982-8756/roc.v9n17p183-204>. Acesso em 03 Set. 2019.

SIQUEIRA, H.C.H. et al. Spirituality in the health-illness-care of the oncological user process: nurse's outlook. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v.11, n.8, p.2996-3004, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201702>. Access on 01 Nov. 2018.

SARATTO, M.T. et al. ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS. **Rev. Saúde e Pesquisa**, v.9, n.1, p.53-63, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n1p53-63>. Acesso em: 16 Abr. 2019.

SOARES, A.S.F., AMORIM, M.I.S.P.L. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. **Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.spe2, p.45-51, 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 Nov. 2019.

SOLÉ, I., COLL, C. Os professores e a concepção construtivista. In: COLL, C. et al. O construtivismo na sala de aula. 6. ed. São Paulo: **Ática**, 2001.

SOUSA, P. F. et al. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico?. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, (PB). **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 26, n 2, p. 883-895, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v26n2/v26n2a13.pdf>. Acesso em: 02 Dez. 2019.

SOUZA, A.R. et al. Espiritualidade e espiritismo: reflexões para além da religiosidade. São Paulo: **Porto de Ideias**, p.244, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rs/v39n2/0100-8587-rs-39-2-00222.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2019.

SOUZA, V.M. et al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.68, n.5, p.791-796, 2015. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500791&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 Abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680504j>.

SUSAN, R. et al. Palliative care nurses' spiritual caring interventions: a conceptual understanding. **International Journal of Palliative Nursing**, v.23, n.3, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.4.194>. Access on: 09 JAN. 2019.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. An analysis of articles on qualitative studies conducted by doctors published in scientific journals in Brazil between 2004 and 2013. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.27, n.2, p.357-374, 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2017.v27n2/357-374/en/>. Access on 01 Oct. 2018.

TASSINARI, M.A., DURANGE, W.T. Experiência empática: da neurociência à espiritualidade. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 20, n.1, p.53-60, 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 Dez. 2019.

TAVARES, M.M. et al. Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v.12, n.4, p.1097-102, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a235018p129-139-2018>. Acesso em 18 Abr. 2019.

TECCHIO, E.L. et al. Spirituality in organizations?. **Órgão. Soc.** Salvador, 2016; v. 23, n. 79, p: 590-608, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-9230794>. Access on 01 Sep. 2018.

THEOBALD, M.R. et al. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, v.26, n.4, p.1249-1269, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400010>. Acesso em: 20 Ago. 2018.

THOFEHRN, M. B. **Vínculos profissionais**: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/102868/212697.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 Fev. 2020.

VALE, C.C.S.O.; LIBERO, A.C.A. A espiritualidade que habita o cti. **Mental**, Barbacena, v.11, n.21, p.321-338, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 Nov. 2019.

VYGOTSKY, L.; LEONTIEV; LÚRIA. **A formação social da mente**. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

VYGOTSKY, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2010. Acesso em: 30 Ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International agency for research on cancer**. Global Cancer Observatory (GCO). Cancer tomorrow. 2018. Available on: http://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-isotype?type=0&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0. Access: 10 Nov. 2018.

APÊNCICE A – Primeiro roteiro de entrevista

No (Hospital): _____.
Número da entrevista: _____.

Data: ___/___/____.

Parte A - Dados Sócio Demográficos:

1. Iniciais do nome: _____.
2. Idade: _____.
3. Gênero: 1() masculino 2() feminino 3() não informado
4. Religião: _____.

Parte B – Dados Profissionais

5. Categoria Profissional:

1. () Enfermeiro 2. () Técnico de Enfermagem

Tempo de serviço em oncologia: _____ () dias () meses () anos.

Tempo de serviço na instituição: _____ () dias () meses () anos

Parte C – Questões norteadoras para a construção do sentido de Espiritualidade

6. Como o Sr.(a) conceitua o processo de morte?

7. O que o Sr. (a) compreende sobre religiosidade e espiritualidade?

8. Como o Sr. (a) percebe a aplicação da espiritualidade durante o seu trabalho?

9. Conte-me uma experiência de trabalho em que percebestes a Espiritualidade presente no cuidado ao paciente oncológico em processo de morte.

APÊNDICE B – Segundo roteiro de entrevista

A entrevista foi conduzida por um roteiro norteador com o objetivo de direcionar o diálogo entre a pesquisadora e o profissional de enfermagem diante do paciente oncológico em processo de morte participante da pesquisa para o objeto de estudo, a espiritualidade. A seguir as questões norteadoras da segunda abordagem foram:

1. Como o Sr. (a) define hoje a espiritualidade?
2. Qual o sentimento que define a sua espiritualidade? Justifique.
3. Como o Sr. (a) lida com as suas necessidades espirituais?
4. Como o Sr. (a) lida com as necessidades espirituais de seus pacientes oncológicos em processo de morte?
5. Exemplifique um cuidado espiritual ao paciente em processo de morte no contexto da oncologia.
6. O Sr. (a) já vivenciou um momento pelo qual o paciente em processo de morte apresenta uma melhora precedida da morte? Se sim, acredita que a espiritualidade pode beneficiar este acontecimento?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Espiritualidade diante do processo de morte do paciente oncológico: significado para a equipe de Enfermagem”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a atuação da equipe de Enfermagem frente ao paciente oncológico sem possibilidades de cura e a frequência do processo de morte de tais pacientes, na busca pelo significado da espiritualidade, que possa sensibilizar o público alvo da pesquisa e conseqüentemente, favorecer a assistência prestada. Nesta pesquisa pretendemos como objetivo geral, construir o significado de espiritualidade para a equipe de Enfermagem frente ao paciente oncológico em processo de morte.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: será realizada uma entrevista semiestruturada para coleta de dados e disponibilização da ficha de leitura baseada no artigo científico “Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer”, oferecendo subsídios para melhor compreensão de espiritualidade. Posteriormente, será programado um retorno após a reflexão do material e do primeiro roteiro, para a aplicação de novo instrumento abordando novas questões baseadas nas reflexões do roteiro anteriormente aplicado. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são considerados, mínimos, uma vez que será realizada entrevista para a aplicação do roteiro, leitura e reflexão da ficha de leitura disponibilizados no ato da entrevista, podendo evidenciar possível comoção dos participantes no momento de reflexão do assunto abordado. Mas, para diminuir ainda mais a chance desses riscos acontecerem, o pesquisador respeitará todo e qualquer momento de manifestação de sensibilidade do participante, oferecendo conforto e tempo necessário para se recompor.

A pesquisa pode ajudar a sensibilizar a equipe de Enfermagem diante à assistência ao paciente oncológico em processo de morte, refletindo em melhores práticas e conforto aos envolvidos nesse processo.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida à você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Thayenne Barrozo Mota Monteiro
Campus Universitário da UFJF

Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Enfermagem

CEP: 36036-900

Fone: (32) 99126-9395

E-mail: thayennemonteiro@yahoo.com.br

APÊNDICE D – Ficha de leitura baseada no artigo científico “Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer”.

Título da dissertação: Significado atribuído pela equipe de enfermagem sobre espiritualidade no processo de morte do paciente oncológico

Por: mestrande Thayenne Barrozo Mota Monteiro

Orientadora: Dr^a Maira Buss Thofehrn

FICHA DE LEITURA

ARRIEIRA, I.C.O., THOFEHRN, M.B., PORTO, A.R., PALMA, J.S. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. **Cienc Cuid Saude**. 2011(Acesso em: 05 Jan. 2019); v.10, n.2, p.314-321. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i2.15689>

No âmbito da espiritualidade, a qual influencia positivamente os comportamentos individuais e coletivos é considerada um mecanismo de promoção da saúde, que envolve os valores, crenças e motivações, indo além da subjetividade relacionada às emoções e sentimentos que são específicos de cada um. O que une o transcendental ao existencial trazendo sentido à vida. Sendo assim, quando a dimensão espiritual passa a fazer parte da assistência, ou seja, a ser valorizada no cuidado do paciente oncológico que vivencia o seu processo de morte, possibilita que este momento seja suportável ou até mesmo aceito pelos pacientes.

Dessa forma, o cuidado espiritual, em especial na enfermagem, é compreendido como aquele que tem como elemento fundamental, a observação e a compreensão profunda do ser assistido, provando assim, ser impossível o cuidado do corpo físico sem o conhecimento do ser como um todo, ultrapassando as dimensões físicas e emocionais, considerando a dimensão da espiritualidade uma estratégia terapêutica.

Em 2009 foi realizado um estudo no Sul do Brasil com profissionais da equipe de saúde do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico, o qual buscou construir o significado de espiritualidade para esses profissionais. Tal construção tornou-se possível por meio da troca de experiências vivenciadas pelos participantes e pela oportunidade de discutirem em grupo as diversas especificações da espiritualidade. O que pôde comprovar a importância de incluir essa dimensão no processo de trabalho na assistência à saúde, especificamente ao paciente com diagnóstico sem possibilidades de cura.

E, dentre às discussões, a espiritualidade foi considerada distinta à religiosidade. Sendo a espiritualidade conceituada como uma dimensão que transcende o palpável e visível da existência humana, podendo ou não estar relacionada às questões religiosas, e, além disso, ser compreendida como a busca de sentido para a vida. Portanto, um instrumento de grande relevância no cuidar de pessoas em sofrimento oncológico frente ao seu processo de morte que buscam sentido à vida, podendo assim, considerar a dimensão espiritual como fonte de qualidade de vida. E a religiosidade, definida como um conjunto de crenças, dogmas e doutrinas, interligada diretamente ao Divino e ao Sagrado.

E pelo fato de a espiritualidade mostrar-se significativa no campo dos cuidados às pessoas em situação de morte iminente, pode-se afirmar que esta reduz o sofrimento de ambos os envolvidos; pacientes, familiares, acompanhantes e o próprio profissional.

Em vista disso, visando respeitar a integralidade do ser cuidado, é preciso ir além dos sinais e sintomas da doença buscando o alcance do bem estar, qualidade de vida e conforto, não se restringindo apenas no corpo biológico. E como a dor física e emocional, pode ainda existir a dor espiritual que refere-se ao sentido da vida comprometido, medo da morte e do pós-morte.

É importante destacar que o estudo comprova que a cooperação e sensibilização entre os membros da equipe de saúde multiprofissional contribui para a qualidade da assistência, viabilizando um modelo mais humanizado que irá refletir no bem estar geral.

Dentre as falas dos participantes do estudo, vale destacar como fonte de reflexão:

“A espiritualidade tem a mesma importância que o resto do cuidado [...] tu não consegues dar atenção à dor sem dar atenção à espiritualidade.”

“A noção de que o ser humano possui algo maior do que o visível, o físico.”

“Para nós, profissionais da saúde que atuamos em cuidados paliativos, a espiritualidade significa o reconhecimento do ser humano em sua totalidade, respeitando suas individualidades psicológicas, físicas, emocionais e espirituais, ter sensibilidade ao relacionar-se, interagir, tocar e ser tocado. A Espiritualidade atua como facilitador nas relações com os usuários, sua família e entre a equipe.”

Em vista disso, a espiritualidade respeita a singularidade de cada ser humano, e a sua aplicabilidade nos cuidados, influencia positivamente o bem estar de todos os envolvidos; pacientes, acompanhantes e equipe interdisciplinar. Devendo destacar que a assistência fragmentada, baseada apenas numa concepção mecanicista do corpo físico, compromete a integralidade da saúde e a humanização, influenciando arduamente a essência do cuidado de enfermagem.

Reflexões da pesquisadora:

A dimensão espiritual considerada uma estratégia terapêutica proporciona o alcance do sentido à vida, torna-se um instrumento de grande relevância na assistência de pessoas em sofrimento oncológico diante da sua finitude. Mas para isso, é necessário que os profissionais da equipe de enfermagem tenham a consciência de que o modelo biomédico, pautado nas concepções científicas, não deve ser visto como a única maneira de cuidar, mas sim, algo superado pela espiritualidade.

Isto é, perceber que o cuidado vai além da cura de uma enfermidade, salvar vidas. Cuidar é compreender a integralidade de cada ser, reconhecer que a morte faz parte do ciclo vital de qualquer ser humano e que remete a cada um, definir qual a maneira mais digna de recepcioná-la. E então, exercer o cuidado com uma visão integral e holística almejando a compreensão além da objetividade e subjetividade, alcançando o que transcende as necessidades daqueles que o recebem, promovendo a saúde e proporcionando uma morte com qualidade.

Com isso, pretendo despertar o significado de espiritualidade para a equipe de enfermagem que presta assistência ao paciente oncológico em processo de morte. Além de estimular a espiritualidade no cuidado à saúde, pretendendo aliviar o sofrimento dos envolvidos, trazendo harmonia nas relações dos profissionais de enfermagem, tornando o cuidado mais humanizado, harmonizador e abrangente.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Espiritualidade diante da terminalidade do paciente oncológico: significado para a equipe de Enfermagem.

Pesquisador: Thayenne Barrozo Mota Monteiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02452118.8.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.065.750

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uffj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.065.750

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPES. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: junho de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.065.750

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1246422.pdf	27/11/2018 23:26:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_espiritualidade_submeter.pdf	27/11/2018 23:21:57	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito
Outros	ApendiceB.pdf	27/11/2018 17:29:54	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito
Outros	ApendiceA.pdf	27/11/2018 17:29:32	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	27/11/2018 17:29:07	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO.pdf	27/11/2018 17:28:50	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/11/2018 17:02:30	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito
Outros	AnexoA.pdf	27/11/2018 16:59:36	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito
Outros	curriculo_lattes_maira.pdf	01/11/2018 07:43:34	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito
Outros	curriculo_lattes_thayenne.pdf	01/11/2018 07:37:53	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	01/11/2018 07:27:18	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoautorizacao.pdf	27/10/2018 12:04:45	Thayenne Barrozo Mota Monteiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 07 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br